



**Consejería de la Presidencia de la Junta de Castilla y León**  
**Ilma. Sra. Directora General de Relaciones Institucionales**  
**C/ Santiago Alba, 1**  
**47008 VALLADOLID**

**Expediente: 5/2025**

**Asunto: Disconformidad con el trato y la atención sanitaria del Servicio de Urgencias / Hospital de León / Resolución**

**Centro directivo: Consejería de Sanidad**

Ilma. Sra.:

De nuevo nos dirigimos a V.I. una vez recibido el informe solicitado en relación con el expediente que se tramita en esta Institución con el número arriba indicado, referencia a la que rogamos haga mención en ulteriores contactos que llegue a tener con nosotros.

Como recordará V.I. el motivo de la queja era la atención y trato recibido por D. XXX, con DNI XXX, en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de León.

Según manifestaciones de la persona autora de la queja, con fecha 14 de octubre de 2024, el paciente fue trasladado en ambulancia a urgencias del indicado centro hospitalario por un dolor de cuello que continuó con una imposibilidad de levantar los brazos por carecer de fuerza. Tras un tiempo de espera comenzó con vómitos y mayor rigidez de cuello y cabeza y empezaron a fallar también sus extremidades inferiores.

El paciente fue atendido por una doctora que tras su exploración física, sin realización de ninguna prueba médica y una analítica básica, le dio el alta con un diagnóstico de mareo inespecífico y sospecha de un cuadro de ansiedad, a pesar de que se le indicó que el paciente no podía caminar y que estaba empeorando, hasta el punto de que tuvo que abandonar el complejo hospitalario en silla de ruedas, a lo que contestó que *“ella había hecho todo lo que tenía que hacer”*.

Ante esta situación la familia del paciente le trasladó al Centro de Salud, donde le exploraron y realizaron un volante para volver a urgencias. Nuevamente fue trasladado en ambulancia al centro hospitalario, donde le practicaron un TAC craneal y cervical y se decidió su ingreso en el Servicio de Neurología para estudio, diagnosticándole una isquemia medular entre la C-3 y la C-4 y siendo derivado al Hospital Nacional de



Parapléjicos de Toledo, donde se le ha sometido a tratamiento de rehabilitación de la lesión medular.

En relación con este asunto se presentó una reclamación en la Gerencia de Atención Especializada de León, con cuya respuesta el interesado manifiesta su disconformidad por entender que la atención que recibió la primera vez que acudió a urgencias no fue correcta, ya que había indicios suficientes para sospechar de la gravedad del asunto.

Admitida la queja a trámite e iniciada la investigación oportuna sobre la cuestión planteada, nos dirigimos a V.I. en solicitud de información correspondiente a la problemática que constituye el objeto de aquélla.

En atención a nuestra petición de información se remitió por esa Administración autonómica informe, en el cual se hacía constar los siguientes extremos:

- El paciente llegó al Servicio de Urgencias a las 10:58 horas del día 14 de octubre de 2024 con un cuadro de debilidad generalizada en el contexto de diarrea de cuatro días de evolución y fue atendido por un médico a las 11:26 horas que, tras su exploración física en la que se describe una exploración neurológica normal, solicitó análisis de sangre cuyos resultados también fueron normales, por lo que fue dado de alta a las 16:31 horas con tratamiento y recomendaciones, entre las que se incluía regresar a Urgencias en caso de aparición de síntomas de alarma.

- El paciente regresó a las 18:57 horas por empeoramiento de su debilidad y fue atendido por otro médico a las 19:18 horas que objetivó en su exploración física la pérdida de fuerza en las extremidades, de predominio en las superiores. Ante la existencia de dicha focalidad neurológica, se consultó de inmediato con el Servicio de Neurología, se realizó Tomografía Computarizada (TC) craneal y cervical con contraste y se decidió su ingreso en Neurología para estudio.

- La atención sanitaria en el Servicio de Urgencias fue correcta. En la primera visita la exploración física del paciente fue normal, por lo que no se podía sospechar el cuadro clínico que padecía, fue la propia evolución del proceso la que propició la realización de más pruebas y el ingreso del paciente.

- *“La valoración inicial de los síntomas que presentaba el paciente se relacionó con cuadro infeccioso enterítico inespecífico, dada la exploración física neurológica normal. Cabe destacar que, en esta primera visita del paciente a Urgencias, a las 10:58 horas, la sintomatología y exploración física no eran, en principio, demostrativas de un proceso neurológico agudo, por lo que no estaba indicado hacer ninguna prueba de neuroimagen.*



*Al regresar a Urgencias posteriormente, a las 18:57 horas, sí existía un clara focalidad neurológica con pérdida de fuerza objetivable, por lo que se consultó con Neurología y se solicitaron TC craneal y cervical sin que se pudiera obtener un diagnóstico. En esta situación y con resultados inespecíficos de las pruebas de imagen, se ingresó al paciente en el Servicio de Neurología con diagnóstico de síndrome medular agudo, para su estudio, y sin un tratamiento específico porque en ese momento no resultaba viable su establecimiento. Solo fue posible llegar a un diagnóstico definitivo de isquemia medular varios días después del ingreso, tras la realización de una larga batería de pruebas complementarias”.*

- Ante el requerimiento de la familia sobre el estado del paciente al alta, el médico valoró e informó presencialmente sobre el juicio clínico.

- En relación con la reclamación presentada, se señala que se investigó la historia clínica del paciente y se recabó información directamente del profesional que atendió al paciente.

A la vista de lo informado, es necesario señalar que corresponde a los profesionales sanitarios adoptar las decisiones diagnósticas y terapéuticas que estimen clínicamente procedentes conforme a la *lex artis*, no correspondiendo a esta Institución sustituir el criterio técnico facultativo ni efectuar valoraciones científicas ni solicitar informes periciales contradictorios o dirimentes.

En este sentido debemos indicar que carecemos de conocimientos médicos para verificar si la atención sanitaria de urgencias fue la correcta, pero lo cierto es que los hechos expuestos en el escrito de queja y la percepción de la asistencia médica prestada distan de lo relatado en el informe administrativo.

Sin prejuzgar ninguna de las dos versiones expuestas, la realidad es que nos encontramos con una visualización de los hechos por parte del reclamante que merece nuestra consideración. A este respecto, se exponía en el referido escrito de queja el estado del paciente en el momento de acudir al Servicio de Urgencias, al que fue trasladado en ambulancia *“por debilidad generalizada de comienzo esta mañana, con alteración de la movilidad de EESS”*, según consta en el Informe Clínico de Urgencias, en el que también se hace referencia a *“cuadro diarreico de días de evolución, no fiebre ni sensación distérmica. Hoy vómitos”*. Así mismo, en el Informe Clínico de Alta del Servicio de Neurología de 8 de noviembre de 2024, en relación con el día en el que el paciente acude por primera vez a urgencias, se señala que *“esta mañana el paciente refiere dolor intenso en el cuello y posteriormente imposibilidad de movilizar los brazos. Además, refiere que no es capaz de mantener la bipedestación”*. Por lo tanto, existía la constancia de que el paciente presentaba en el momento de acudir a Urgencias unos síntomas de alteración de la movilidad, que según se informa por la Administración sanitaria fueron valorados y se



relacionaron con *“cuadro infeccioso enterítico inespecífico, dada la exploración física neurológica normal”*.

Es necesario destacar que efectivamente la atención sanitaria en los servicios de urgencias se desarrolla en un contexto de especial complejidad asistencial. Los profesionales sanitarios trabajan con frecuencia bajo una elevada presión derivada de la saturación de pacientes, la necesidad de priorizar situaciones críticas y la obligación de adoptar decisiones clínicas en periodos de tiempo muy reducidos.

En atención a la documentación remitida, la atención sanitaria en el Servicio de Urgencias fue correcta, apreciación que no podemos valorar porque corresponde al juicio clínico del facultativo que atendió al paciente y según se desprende de la información facilitada se le realizó una exploración física que fue normal, sin que se pudiera sospechar el cuadro clínico que padecía.

No obstante, resulta necesario recordar que, aun admitiendo una valoración médica adecuada y una decisión clínica ajustada a los criterios existentes en el momento de la atención, se obvió el relato del paciente y de la familia alertando de su estado y de un empeoramiento que se estaba produciendo en el momento de la asistencia sanitaria de urgencias y que obligó al paciente, ante la imposibilidad de andar, a abandonar el complejo hospitalario en silla de ruedas, al tiempo que resulta llamativa la respuesta a dichos requerimientos, con la contestación de que *“ella había hecho todo lo que tenía que hacer”*, generando tanto en el paciente como en sus familiares un descontento ante la atención sanitaria recibida, al entender que no se estaba tomando en consideración suficientemente la situación del paciente y el agravamiento de su estado, en relación con el momento en el que acudió a urgencia, aunque tal como consta en el informe de la Administración *“ante el requerimiento de la familia sobre el estado del paciente al alta, el médico valoró e informó presencialmente sobre el juicio clínico”*.

Como hemos puesto de relieve en anteriores ocasiones es necesario destacar la importancia que adquiere en estos casos la comunicación médica. Cuando se produce un alta médica las decisiones adoptadas deben estar suficientemente motivadas y documentadas, no parece adecuado responder con *“un he hecho lo que tenía que hacer”* sin ofrecer unas explicaciones comprensibles para el paciente y sus familiares de por qué procede el alta, máxime ante la situación puesta de manifiesto. Es preciso informar claramente del diagnóstico inmediato, del estado general del paciente y de la asistencia recibida. Se debería haber ofrecido, si es que no se hizo así, una motivación detallada que permitiera comprender de forma clara las razones que justificaron dicha decisión, ya que una suficiente motivación resulta especialmente relevante en aquellos supuestos en los que existe una percepción de discrepancia entre la situación clínica vivida por el paciente y la actuación sanitaria recibida.



En este contexto, y habida cuenta del empeoramiento del paciente, que le obligó a acudir a las pocas horas nuevamente a urgencias, procediéndose a su ingreso en el Servicio de Neurología con diagnóstico de síndrome medular agudo, se considera especialmente relevante que las razones clínicas que justificaron la decisión de alta aparezcan suficientemente explicitadas en la documentación asistencial.

La adecuada información constituye un elemento esencial de la calidad asistencial, especialmente en contextos de incertidumbre clínica. Una explicación clara, comprensible y suficientemente detallada permite valorar correctamente la situación y adoptar decisiones adecuadas. Por el contrario, cuando la percepción del paciente y de su familia no se corresponde plenamente con la fragilidad real del paciente y con un diagnóstico posterior de especial gravedad, pueden generar incomprensión, incertidumbre, desconfianza y una percepción negativa de la atención recibida, incluso cuando ésta haya sido clínicamente correcta.

Esta Procuraduría entiende que las limitaciones de tiempo y la elevada presión asistencial de los servicios de urgencias pueden dificultar en ocasiones una comunicación más extensa; sin embargo, precisamente en casos como el puesto de manifiesto en este expediente, resulta especialmente recomendable reforzar la información proporcionada. En este sentido, no solo resulta relevante la adecuación técnica de la actuación sanitaria, sino también la forma en que esta es trasladada al paciente, quien debe poder comprender de manera efectiva su proceso clínico, el alcance de las exploraciones realizadas, los criterios que fundamentan las decisiones adoptadas y los signos de alarma que deben motivar una nueva asistencia médica, al tiempo que deben evitarse comentarios del tipo como el expuesto, que puede calificarse de inapropiado y poco empático.

Así las cosas y al objeto de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en los artículos 43 de la Constitución y 13.2 del Estatuto de Autonomía, en todo caso, se ha de velar por la calidad permanente de los servicios y prestaciones con la finalidad de lograr la máxima eficiencia y eficacia en la utilización y gestión de los recursos, así como la satisfacción de los usuarios, ostentando estos el derecho a una atención sanitaria adecuada a sus necesidades.

En virtud de todo lo expuesto, y al amparo de las facultades conferidas por el Estatuto de Autonomía de Castilla y León y por la Ley 2/1994, de 9 de marzo, del Procurador del Común, consideramos oportuno formular la siguiente **Resolución**:

**PRIMERA: Que se valore la necesidad de reforzar la información y comunicación con los pacientes, asegurando que estos reciban explicaciones claras y comprensibles sobre su proceso diagnóstico, terapéutico y las decisiones clínicas adoptadas y se continúe impulsando la mejora de la comunicación clínica en los servicios de urgencias.**



**SEGUNDA:** Que se refuercen las actuaciones dirigidas a garantizar que los pacientes y sus familiares reciban explicaciones claras, comprensibles y suficientes acerca del estado general del paciente, la posible evolución clínica y los riesgos existentes tras el alta hospitalaria.

**TERCERA:** Que dichas medidas se implanten y desarrollen teniendo en cuenta las especiales condiciones de presión asistencial y sobrecarga en las que desempeñan su labor los profesionales sanitarios de urgencias, promoviendo igualmente los recursos humanos y organizativos necesarios para facilitar una atención asistencial y una comunicación de calidad.

**CUARTA:** Que se valore la necesidad de reforzar las actuaciones dirigidas a garantizar una atención sanitaria respetuosa, empática y centrada en el paciente, evitando cualquier conducta o manifestación que pueda ser percibida como inapropiada.

Esta es nuestra resolución y así se la hacemos saber, con el ruego de que nos comunique de forma motivada la aceptación o no aceptación de la misma por parte del órgano que corresponda de la Consejería de Sanidad en el plazo de dos meses, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 19.2 de la Ley Reguladora de la Institución.

Una vez realizadas las comunicaciones oportunas, se acuerda publicar la presente Resolución en la página web de esta Institución, previa disociación de los datos de carácter personal que contuviera.

Pendiente de sus noticias, reciba un cordial saludo.

Atentamente,

EL PROCURADOR DEL COMÚN  
Tomás Quintana López