

DOCUMENTO DE MUESTRA — CASO CLÍNICO ENTERAMENTE FICTICIO

Sin valor probatorio. Elaborado para exhibir estructura y método de trabajo.

INFORME PERICIAL MÉDICO

Responsabilidad médica: lex artis, pérdida de oportunidad y valoración de secuelas
Atención de urgencia por ataque cerebrovascular isquémico agudo — 14 de marzo de
2024

Todos los nombres de personas, establecimientos, comunas, regiones, tribunales, números de ficha, roles de causa y fechas contenidos en este documento son ficticios y no corresponden a caso real alguno. La bibliografía científica citada, en cambio, es real y verificable mediante los identificadores que se indican, por cuanto constituye el estándar técnico que el informe aplica.

a) IDENTIFICACIÓN

Perito	Juan Eduardo Donoso Rosas Médico Cirujano, Universidad Austral de Chile (2008). Especialista en Medicina de Urgencia, Universidad San Sebastián (2015). Certificación CONACEM en Medicina de Urgencia (2018). Inscrito en el registro de peritos de la Iltma. Corte de Apelaciones de Puerto Montt, bienio 2026-2027.
Declaración de idoneidad	La materia de este informe (estándar de atención de una emergencia neurológica tiempo-dependiente en una unidad de urgencia, oportunidad diagnóstica, activación de protocolo,

decisión terapéutica inicial, derivación y valoración de secuelas) corresponde al núcleo de la especialidad de Medicina de Urgencia. Se deja constancia expresa de que la evaluación de la técnica de neurorrehabilitación posterior y el pronóstico funcional de largo plazo exceden esta especialidad; este informe no se pronuncia sobre esos puntos y sugiere, si el tribunal lo estima necesario, pericia de neurólogo y de fisiatra.

Calidad en que actúa	Perito de parte, a solicitud del abogado de la parte demandante.
Causa	Caso ficticio. Se supone una causa civil ante un Juzgado de Letras, respecto de la actuación de un prestador privado de salud.
Periciado	Ramón Alberto Pizarro Cuevas (identidad ficticia). Sexo masculino, 61 años a la fecha de los hechos. Los datos de salud contenidos en un informe de esta naturaleza son datos sensibles y quedan amparados por la Ley N° 19.628.
Prestador cuya actuación se analiza	Clínica Alto Nogales S.A. (establecimiento ficticio), comuna de Nueva Alcántara, Región de Los Cipreses, y los profesionales que intervinieron en la atención de urgencia del 14 de marzo de 2024.
Tipo de pericia	Responsabilidad médica: estándar técnico (lex artis), nexos causal médico, pérdida de oportunidad y valoración de secuelas. El informe se funda exclusivamente en revisión documental; no se practicó examen directo del periciado.
Naturaleza y límites de la pericia	El perito actúa como auxiliar de la justicia y emite opinión técnica imparcial, exponiendo tanto lo favorable como lo desfavorable a quien lo encarga. El informe ilumina el estándar técnico y el nexo causal médico. La calificación jurídica de negligencia, culpa, falta de servicio o responsabilidad, así como la procedencia de la acción y la cuantía indemnizatoria, son competencia exclusiva del tribunal.

b) OBJETO DE LA PERICIA (PUNTOS DE PERICIA)

A la fecha de emisión de este informe no constan puntos de pericia fijados. Se proponen los siguientes, redactados de modo de servir tanto al examen del estándar técnico como al del nexo causal y la magnitud del daño.

Si se fijan puntos distintos, este informe deberá reordenarse conforme a ellos, sin que ello altere sus conclusiones sustantivas.

- Si la atención de urgencia prestada el 14 de marzo de 2024 se ajustó al estándar técnico aplicable al manejo inicial del ataque cerebrovascular isquémico agudo, en cuanto a oportunidad diagnóstica, estudio de imagen y decisión terapéutica.
- Si, habiéndose consignado a las 09:31 horas la sospecha de ataque cerebrovascular isquémico de circulación anterior izquierda con hora de inicio conocida, los intervalos transcurridos hasta la tomografía computada, hasta su informe y hasta la evaluación por neurólogo fueron los exigibles en una condición tiempo-dependiente.
- Si correspondía activar un protocolo institucional de atención del ataque cerebrovascular agudo y si ello se hizo.
- Si el establecimiento contaba con la capacidad resolutive y la red de derivación exigibles a una unidad de emergencia, y qué efecto tuvo ello sobre la atención.
- Si la condición clínica del paciente configuraba una emergencia conforme al Decreto N° 34 de 2021 del Ministerio de Salud y a la Ley N° 19.650, y si el establecimiento cumplió los deberes de certificación, estabilización y traslado que dicha normativa impone.
- Si el traslado al centro receptor fue oportuno y coordinado, y si el paciente arribó dentro de la ventana terapéutica.
- Si una atención oportuna y técnicamente adecuada en Clínica Alto Nogales pudo evitar o limitar la secuela, y con qué grado de certeza (pérdida de oportunidad).
- Si el registro clínico refleja fielmente la atención otorgada.
- Naturaleza, magnitud y grado de menoscabo de la secuela neurológica.

La calificación jurídica de «negligencia», «culpa», «falta de servicio» o «responsabilidad», así como la prescripción, la procedencia de la acción y la cuantía indemnizatoria, son competencia exclusiva del tribunal. Este informe se limita al estándar técnico y al nexo causal médico.

c) ANTECEDENTES Y MATERIAL EXAMINADO

Examen directo del periciado

No se practicó. Este informe se construye exclusivamente sobre revisión documental, lo que constituye una limitación expresamente declarada.

Material documental tenido a la vista

- Ficha de atención de urgencia de Clínica Alto Nogales correspondiente a la atención del 14 de marzo de 2024, con registro médico y de enfermería.
- Informe de tomografía computada de cerebro sin contraste, practicada el 14 de marzo de 2024, suscrito por la Dra. Carolina Ubilla Menéndez, médico radiólogo.
- Registro de teleconsulta neurológica del 14 de marzo de 2024, suscrito por el Dr. Tomás Vergara Solís.
- Informe institucional del Director Médico de Clínica Alto Nogales, emitido en respuesta a reclamo, de fecha posterior a los hechos.
- Nómina de personal médico de turno del 14 de marzo de 2024 remitida por el establecimiento.
- Registro de traslado y hoja de la unidad de ambulancia.
- Dato de atención de urgencia, ficha de hospitalización y epicrisis del Hospital Regional de Nueva Alcántara.
- Informe de tomografía computada de control del 15 de marzo de 2024.
- Informe de evaluación funcional a los seis meses del evento.

Distinción de fuentes

Los hechos clínicos se reconstruyen preferentemente desde los documentos contemporáneos a la atención (ficha de urgencia, informes de imagenología, registro de teleconsulta y hoja de traslado) por sobre los informes elaborados con posterioridad.

En particular, el informe institucional del Director Médico es un documento redactado por el prestador cuya actuación se analiza, con posterioridad a los hechos y en contexto de reclamo; se ha tenido presente, pero su carácter no neutral se declara expresamente y no se lo ha preferido por sobre el registro contemporáneo.

Antecedentes mórbidos relevantes

La ficha de urgencia consigna: paciente de 61 años, hipertenso en tratamiento con losartán 50 mg al día, sin antecedente de sangrado, sin cirugía ni traumatismo craneal recientes, sin anticoagulación oral, sin alergias conocidas.

Ninguno de esos antecedentes constituye contraindicación al tratamiento trombolítico. Esta constatación es relevante porque delimita el análisis: la conducta no puede explicarse por una contraindicación preexistente, y el registro tampoco invoca ninguna.

Delimitación del objeto de este informe

Este informe no se pronuncia sobre la etiología del ataque cerebrovascular ni sobre el manejo posterior en el centro receptor, materias que no son objeto de esta pericia.

La razón es técnica y no estratégica: cualquiera fuere el mecanismo del evento, la condición clínica registrada en la propia ficha de urgencia a las 09:31 horas (déficit neurológico focal agudo, con hora de inicio conocida y dentro de la ventana terapéutica) imponía por sí sola una conducta determinada y un ritmo determinado.

El análisis que sigue toma el ataque cerebrovascular como un hecho dado al momento del ingreso y evalúa exclusivamente lo actuado desde ese instante.

Inventario de vacíos documentales

- Activación de protocolo institucional. No consta en la ficha registro alguno de activación de un código o protocolo de atención del ataque cerebrovascular agudo, ni documento que acredite su existencia a la fecha de los hechos.
- Certificación de estado de emergencia. No consta certificado de estado de emergencia alguno, pese a que su emisión es obligación reglamentaria del médico cirujano de la unidad de emergencia dentro de las seis horas siguientes al inicio de la atención.
- Contenido del campo «Evaluación por neurólogo urgente». El campo figura impreso en la ficha y aparece sin contenido. El único registro del contacto con el neurólogo de llamada consta en la nota de enfermería de las 11:40 horas.
- Constancia sobre la decisión terapéutica. No consta anotación alguna sobre si se consideró la administración de tratamiento trombolítico en el propio establecimiento, ni sobre la disponibilidad o indisponibilidad de alteplasa en él. No hay, por tanto, una decisión registrada de no tratar: hay ausencia de registro de que la cuestión se haya planteado.
- Constancia de coordinación con el centro receptor. No consta comunicación previa con el Hospital Regional de Nueva Alcántara, ni hora de aviso, ni identificación de quién

recibió la llamada.

- Hora de egreso. La ficha no consigna hora de egreso. Debe inferirse de la hoja de la unidad de ambulancia, que registra la salida a las 13:52 horas.
- Campos «Pronóstico» y «Destino». Ambos figuran impresos en la ficha y ambos están en blanco. Que el casillero de pronóstico no se haya marcado, tratándose de un déficit neurológico agudo con puntaje NIHSS de 14, es un hallazgo en sí mismo: la gravedad no quedó consignada en el instrumento previsto para consignarla.

c.bis) SÍNTESIS CRONOLÓGICA DE LOS HITOS CLÍNICAMENTE DECISIVOS

La secuencia temporal es determinante en este caso, por tratarse de una condición tiempo-dependiente en que el beneficio del tratamiento decae de manera continua con el retraso. Los datos entre comillas son transcripción literal de los registros.

Hora (14-03-2024)	Hito	Fuente
08:40	Inicio de los síntomas, presenciado por la cónyuge. Debilidad del hemicuerpo derecho y dificultad para hablar. Hora de inicio precisa y consignada. Momento de referencia para el cómputo de la ventana terapéutica.	Anamnesis, ficha de urgencia
09:22	Ingreso a la unidad de urgencia. Motivo de consulta: «se le dobla el lado derecho y no puede hablar bien». 42 minutos desde el inicio.	Ficha de urgencia
09:26	Triage. PA 168/94, FC 88, saturación 97 %, T° 36,4 °C, glicemia capilar 112 mg/dL.	Registro de enfermería
09:31	Anamnesis y examen físico. «Vigil, disártrico, afasia de expresión, desviación de la mirada hacia la izquierda, hemiparesia braquiocrural derecha M2/5, Babinski derecho. NIHSS 14.» Hipótesis diagnóstica: «ACV isquémico de circulación anterior izquierda». Se consigna expresamente: «inicio 08:40, dentro de ventana». Indicaciones: TC de cerebro sin contraste, hemograma, pruebas de coagulación, electrocardiograma, monitorización.	Ficha de urgencia
09:35	Solicitud de tomografía computada ingresada al sistema.	Ficha de urgencia
10:48	Realización de la tomografía computada de cerebro sin contraste.	Informe de imagenología

Hora (14-03-2024)	Hito	Fuente
11:26	Emisión del informe: «Ausencia de hemorragia intracraneal. Sin signos precoces extensos de isquemia. ASPECTS 9.»	Informe de imagenología
11:40	«Se contacta a neurólogo de llamada, queda de responder.» Primer contacto documentado con especialista.	Registro de enfermería
13:05	Evaluación por neurólogo mediante teleconsulta. Indica derivación a centro con unidad de tratamiento del ataque cerebrovascular.	Registro de teleconsulta
13:10	Vencimiento de la ventana de 4,5 horas desde el inicio de los síntomas.	Cómputo del perito sobre hora de inicio consignada
13:52	Salida del establecimiento en ambulancia básica.	Hoja de la unidad de ambulancia
14:50	Ingreso al Hospital Regional de Nueva Alcántara. Se consigna: «paciente derivado, sin aviso previo».	Dato de atención de urgencia
14:50 en adelante	Se descarta tratamiento trombolítico por encontrarse fuera de la ventana terapéutica. Ingresa a unidad de cuidados intermedios.	Ficha de hospitalización
15-03-2024	Tomografía de control: «infarto establecido en territorio de arteria cerebral media izquierda».	Informe de imagenología
28-03-2024	Egreso hospitalario con hemiparesia derecha y afasia de expresión.	Epicrisis
Septiembre 2024	Evaluación funcional a los seis meses: marcha con asistencia, extremidad superior derecha no funcional, afasia de expresión persistente. Escala de Rankin modificada: 4.	Informe de evaluación funcional

d) METODOLOGÍA Y OPERACIONES PRACTICADAS

- Lectura íntegra y transcripción de la ficha de atención de urgencia, del informe de imagenología, del registro de teleconsulta, de la nómina de personal y del informe institucional del prestador.

- Lectura de los registros del Hospital Regional de Nueva Alcántara, con el objeto de objetivar el estado neurológico al ingreso al centro receptor y su evolución posterior.
- Construcción de la línea de tiempo consignada en la sección c.bis), cotejando cada hito contra su documento de origen y calculando los intervalos relevantes.
- Verificación del texto vigente del Decreto N° 34 de 2021 del Ministerio de Salud a la fecha de los hechos.
- Búsqueda dirigida de literatura médica sobre el manejo inicial del ataque cerebrovascular isquémico agudo, privilegiando guías de práctica clínica con metodología explícita y metaanálisis de datos individuales de pacientes.
- Cada referencia se cita con autor, revista, año e identificador verificable, y se le asigna nivel GRADE en la sección i).
- Contraste de la conducta documentada con el estándar así establecido, aplicando el criterio ex ante: la conducta se valora con la información disponible al momento de actuar y no con el conocimiento posterior del resultado.
- En este caso el criterio ex ante es particularmente favorable al análisis, porque la propia ficha acredita que el diagnóstico presuntivo correcto estaba formulado, escrito y fechado a las 09:31 horas, y que la hora de inicio de los síntomas era conocida y fue consignada.

Nota metodológica sobre las escalas empleadas en este informe

Este informe emplea dos escalas complementarias e independientes entre sí.

1. Escala de certeza de las conclusiones periciales. Expresa cuánta solidez tiene el razonamiento del perito sobre los hechos de este caso concreto, según los antecedentes disponibles.

Grado	Significado
Categorico	Establecido sin margen de duda por los documentos.
Probable	Hipótesis más sostenida por la evidencia del caso, aunque no excluye otras.
Posible o compatible	Hipótesis razonable, pero con alternativas igualmente plausibles.
No determinable	Los antecedentes disponibles no permiten pronunciarse. Se indica qué diligencia lo resolvería.

2. Nivel GRADE de la evidencia bibliográfica citada. Expresa la calidad de cada fuente científica externa utilizada para establecer el estándar de cuidado, y no la certeza sobre este caso.

Nivel	Significado
Alta	Revisiones sistemáticas, ensayos aleatorizados de alta calidad o guías elaboradas con metodología explícita.
Moderada	Estudios con limitaciones o cohortes de alta calidad.
Baja	Estudios observacionales.
Muy baja	Series y reportes de casos u opinión de expertos.

Ambas dimensiones son independientes entre sí. Una cita de calidad alta puede sustentar solo una conclusión «posible» si los documentos del caso son pobres; y lo inverso también ocurre.

e) ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

1. El diagnóstico estuvo formulado desde el primer momento, y la ventana también

Conviene comenzar por lo que favorece al prestador, porque delimita con precisión el objeto de la discusión.

Nueve minutos después del ingreso, a las 09:31 horas, el médico que evaluó al paciente formuló y escribió el diagnóstico presuntivo correcto: ataque cerebrovascular isquémico de circulación anterior izquierda. El examen físico registrado es detallado y de buena calidad clínica: consigna nivel de conciencia, lenguaje, mirada, fuerza segmentaria y reflejo plantar, y aplica formalmente la escala NIHSS, obteniendo 14 puntos.

Más aún: el propio médico consignó la hora de inicio de los síntomas y anotó expresamente «dentro de ventana». Es decir, el establecimiento no solo identificó la patología, sino que identificó también el elemento que gobierna toda la conducta subsiguiente, que es el tiempo disponible.

Este informe, por tanto, no discute un error diagnóstico. El diagnóstico fue correcto, fue precoz y fue completo, incluida la determinación de la ventana.

Lo que se analiza es enteramente distinto: qué se hizo, y en qué plazo, con un diagnóstico que ya estaba formulado y con una ventana que el propio registro declaraba abierta.

La consecuencia metodológica es relevante para el juicio ex ante. No cabe alegar que la condición fuese de difícil reconocimiento, que la hora de inicio fuese incierta, o que la elegibilidad para tratamiento no pudiera establecerse: los tres elementos constan escritos en la ficha del propio establecimiento a las 09:31 horas.

2. El estándar aplicable y su naturaleza tiempo-dependiente

Las guías de la Organización Europea del Ictus recomiendan el tratamiento trombolítico intravenoso con alteplasa en el ataque cerebrovascular isquémico agudo de menos de 4,5 horas de evolución, calificando expresamente la calidad de la evidencia que sustenta esa recomendación como alta (Berge y cols., 2021; GRADE alta).

La particularidad de este estándar, y lo que lo distingue de la mayoría de las recomendaciones terapéuticas, es que el beneficio no es constante dentro de la ventana: decae de manera continua conforme transcurre el tiempo.

El metaanálisis de datos individuales de 6.756 pacientes provenientes de nueve ensayos aleatorizados cuantifica esa dependencia con precisión: el tratamiento administrado dentro de las tres horas produjo un resultado excelente (ausencia de discapacidad significativa a los tres a seis meses) en el 32,9 % de los tratados frente al 23,1 % de los controles, con una razón de momios de 1,75 (IC 95 % 1,35 a 2,27); entre las tres y las 4,5 horas, en el 35,3 % frente al 30,1 %, con razón de momios de 1,26 (IC 95 % 1,05 a 1,51); y más allá de las 4,5 horas el efecto deja de ser estadísticamente significativo, con razón de momios de 1,15 (IC 95 % 0,95 a 1,40) (Embersson y cols., 2014; GRADE alta).

Expresado en términos absolutos, y como los propios autores lo formulan, el tratamiento se asocia a un incremento aproximado de diez puntos porcentuales en la supervivencia libre de discapacidad cuando se administra dentro de las tres horas, y de aproximadamente cinco puntos porcentuales entre las tres y las 4,5 horas.

La dependencia temporal se verifica también en el intervalo intrahospitalario, que es el que aquí interesa. En pacientes con oclusión de gran vaso tratados con alteplasa, cada hora

adicional de demora entre el ingreso al establecimiento y la administración del fármaco se asoció a una reducción de las probabilidades de independencia funcional a noventa días, con razón de momios de 0,55 (IC 95 % 0,37 a 0,81), y la diferencia absoluta de resultado independiente entre un intervalo puerta-aguja inferior a treinta minutos y uno de treinta a sesenta minutos alcanzó el 19,3 % (Goyal y cols., 2019; GRADE moderada).

El estándar, por tanto, no consiste solo en administrar el tratamiento correcto: consiste en administrarlo pronto. Un sistema que llega al tratamiento correcto tarde no ha cumplido a medias el estándar; ha perdido buena parte del beneficio que ese estándar persigue.

3. Los tiempos

Los intervalos que arroja el propio registro del establecimiento son los siguientes:

- Entre el ingreso (09:22) y la evaluación médica con hipótesis escrita (09:31) transcurrieron nueve minutos. Este intervalo es adecuado y debe consignarse como tal.
- Entre la solicitud de la tomografía (09:35) y su realización (10:48) transcurrió una hora y trece minutos.
- Entre el ingreso (09:22) y la realización de la tomografía (10:48) transcurrió una hora y veintiséis minutos.
- Entre la realización de la tomografía (10:48) y la emisión de su informe (11:26) transcurrieron treinta y ocho minutos.
- Entre el informe de la tomografía (11:26) y el contacto con el neurólogo de llamada (11:40) transcurrieron catorce minutos. Este intervalo también es adecuado.
- Entre el contacto con el neurólogo (11:40) y su evaluación efectiva (13:05) transcurrió una hora y veinticinco minutos.
- Entre la hipótesis escrita (09:31) y el vencimiento de la ventana (13:10) el establecimiento dispuso de tres horas y treinta y nueve minutos.

En sentido favorable al prestador se constata que dos de los intervalos (ingreso a evaluación médica, e informe de imagen a contacto con especialista) son breves y revelan un servicio que en esos tramos funcionó con diligencia. El problema no es una lentitud general del establecimiento.

El problema se concentra en dos intervalos determinados: la hora y trece minutos hasta obtener una tomografía sin contraste, que es un examen de ejecución breve y disponible en

el propio establecimiento; y la hora y veinticinco minutos entre el llamado al neurólogo y su respuesta efectiva.

Sumados, esos dos intervalos consumen dos horas y treinta y ocho minutos de una ventana de cuatro horas y media, sin que en el registro conste actuación clínica alguna en su transcurso.

Interesa subrayar una consecuencia aritmética que el registro permite establecer con certeza: al momento en que se emitió el informe de la tomografía, a las 11:26 horas, restaba una hora y cuarenta y cuatro minutos de ventana. En ese instante estaban reunidos todos los elementos que la decisión terapéutica requiere: diagnóstico clínico, hora de inicio conocida, ausencia de hemorragia descartada por imagen, ausencia de contraindicaciones consignadas y puntaje de gravedad establecido. La ventana no se agotó por falta de información: se agotó teniendo la información completa.

4. La ausencia de decisión terapéutica registrada

Éste es, desde el punto de vista técnico, el hallazgo de mayor peso del informe.

La ficha no contiene anotación alguna sobre si se consideró administrar tratamiento trombolítico en el propio establecimiento. No consta una decisión de no tratar fundada en la indisponibilidad del fármaco, ni en la ausencia de una unidad de monitorización adecuada, ni en criterio clínico alguno.

La distinción importa y debe formularse con precisión: no se objeta que se haya decidido no trombolizar en ese centro, decisión que podría haber sido enteramente correcta según su capacidad instalada. Lo que el registro documenta es algo distinto, y es que no consta que la cuestión se haya planteado.

Esa ausencia tiene una consecuencia directa sobre el ritmo de la atención. Cuando un establecimiento reconoce a las 09:31 una condición tiempo-dependiente que no puede resolver, la conducta técnicamente correcta es acelerar la derivación desde ese mismo instante, y no esperar a completar un estudio cuyo resultado, cualquiera fuese, no iba a modificar la necesidad del traslado.

En sentido favorable al prestador debe consignarse que la tomografía sin contraste era efectivamente necesaria y estaba correctamente indicada: sin ella no puede descartarse una hemorragia y no puede administrarse trombolisis en ningún centro. Lo que se objeta no

es que se haya solicitado, sino que se haya tratado su obtención como un paso previo a iniciar la gestión del traslado, y no como un paso paralelo a ella.

5. La capacidad resolutive y la red de derivación

El informe institucional del prestador señala que el establecimiento no contaba con neurólogo presencial y que operaba con un sistema de llamada.

Esto plantea dos cuestiones distintas que conviene no confundir.

La primera es de conducta clínica. La ausencia de neurólogo presencial no es imputable al médico de urgencia que atendió al paciente. Pero sí lo es la consecuencia que de ello debía extraerse: si la resolución del caso dependía de un tercero cuyo tiempo de respuesta no se controla, la gestión del traslado debía iniciarse en paralelo y no después.

La segunda es de organización del establecimiento. El artículo 21 letra b) del Decreto N° 34 de 2021 del Ministerio de Salud impone a todo establecimiento que cuente con una unidad de emergencia el deber de contar con infraestructura y equipamiento suficientes y, para asegurar la continuidad de las atenciones, de disponer de una red de derivación expedita a médicos cirujanos especialistas y a servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico durante las veinticuatro horas del día.

No consta en el material revisado que dicha red de derivación expedita se haya activado dentro de un plazo compatible con la naturaleza tiempo-dependiente de la condición. Ésta es una obligación del establecimiento, distinta e independiente de la conducta del facultativo tratante.

6. La condición como emergencia y los deberes de certificación y traslado

El Decreto N° 34 de 2021 del Ministerio de Salud, que aprueba el reglamento sobre condiciones clínicas generales y circunstancias para certificar estado de emergencia o urgencia, se encontraba vigente a la fecha de los hechos.

Su artículo 23 dispone que el médico cirujano de una unidad de emergencia deberá emitir el certificado de estado de emergencia hasta las seis horas posteriores al inicio de la atención médica de emergencia, y enumera las condiciones clínicas que dan lugar a dicha certificación, entre las cuales se cuentan las que implican emergencia neurológica aguda con requerimiento de manejo inmediato e impostergable. El artículo 4 del mismo decreto

define «riesgo de secuela grave» como la alta probabilidad de falla grave de la función de un órgano o extremidad, que requiere atención inmediata.

Un déficit neurológico focal agudo con puntaje NIHSS de 14, dentro de ventana terapéutica, se encuadra en esa hipótesis reglamentaria.

No consta certificación de estado de emergencia alguna. El plazo reglamentario de seis horas desde el inicio de la atención venció aproximadamente a las 15:22 horas, encontrándose el paciente ya en el centro receptor.

Tampoco consta la segunda certificación de emergencia que el mismo decreto regula para el caso en que el paciente en condición de emergencia deba ser trasladado a otro establecimiento por carecer el primero de capacidad resolutive, la cual exige dejar constancia en la ficha de la condición de salud del paciente y de las razones que respaldan la decisión.

Se deja constancia expresa de que la calificación jurídica y administrativa del incumplimiento de estos deberes corresponde al tribunal y, en su caso, a la Superintendencia de Salud. Lo que este informe constata es un hecho: la condición clínica encuadraba en la hipótesis reglamentaria y la certificación no se emitió.

7. El traslado

El paciente egresó del establecimiento a las 13:52 horas e ingresó al centro receptor a las 14:50 horas.

Dos observaciones sobre este punto:

- La primera es que el traslado se efectuó en ambulancia, lo que constituye el medio adecuado y así debe consignarse en sentido favorable al prestador.
- La segunda es que el dato de atención del centro receptor consigna «paciente derivado, sin aviso previo», y no consta en el material revisado registro alguno de comunicación previa, ni hora de aviso, ni identificación de quién recibió la llamada. En una condición tiempo-dependiente, la coordinación anticipada con el centro receptor es lo que permite que el equipo esté preparado a la llegada; su ausencia añade demora en el destino.

Debe consignarse además que el egreso se produjo a las 13:52, es decir, cuarenta y dos minutos después de vencida la ventana terapéutica. Aun con un traslado inmediato y

perfectamente coordinado a partir de ese instante, el paciente no podía arribar a tiempo. La oportunidad se había perdido antes de que la ambulancia partiera.

8. Fidelidad del registro

La ficha presenta en blanco los campos «Pronóstico», «Destino» y «Evaluación por neurólogo urgente», y no consigna hora de egreso.

Que el campo de pronóstico no se haya completado, tratándose de un paciente con puntaje NIHSS de 14, no es un descuido formal irrelevante: el instrumento previsto para dejar constancia de la gravedad quedó sin llenar precisamente en un caso grave.

En sentido favorable al prestador se constata que el registro de la evaluación médica de las 09:31 es de calidad notoriamente superior al promedio, con examen neurológico segmentario y aplicación formal de una escala validada. La deficiencia de registro no es general: se concentra en los campos relativos a gravedad, destino y gestión del especialista, que son exactamente aquellos sobre los que versa la discusión.

9. Nexo causal y pérdida de oportunidad

Corresponde ahora el punto más delicado del informe, y el que debe exponerse con mayor honestidad metodológica, porque la evidencia corta en dos direcciones.

En una dirección, los antecedentes acreditan que el paciente era, en toda apariencia documental, elegible para tratamiento trombolítico: hora de inicio conocida y precisa, ingreso a los cuarenta y dos minutos, ausencia de hemorragia descartada por imagen, ausencia de contraindicaciones consignadas, y puntaje de gravedad que sitúa el caso en el rango en que el tratamiento ha demostrado beneficio. Ese tratamiento no se administró, y no se administró porque la ventana se agotó dentro del establecimiento.

En la otra dirección, y con igual fuerza, debe consignarse lo que el tratamiento efectivamente ofrece, que no es la certeza de un buen resultado.

Conforme al metaanálisis ya citado, el resultado excelente se alcanzó en el 32,9 % de los tratados dentro de tres horas frente al 23,1 % de los controles. Dicho de otro modo: aproximadamente dos de cada tres pacientes tratados dentro de la ventana no alcanzan un resultado excelente, y aproximadamente uno de cada cuatro lo alcanza sin tratamiento alguno. El beneficio incremental es del orden de diez puntos porcentuales dentro de las tres

horas y de cinco puntos porcentuales entre las tres y las 4,5 horas (Embersson y cols., 2014; GRADE alta).

Debe consignarse además que el tratamiento conlleva un riesgo propio y no despreciable. En el mismo metaanálisis, la alteplasa multiplicó por 5,55 las probabilidades de hemorragia intracraneal parenquimatosa tipo 2 y por 7,14 las de hemorragia intracraneal fatal dentro de los primeros siete días, con un exceso absoluto de muerte precoz por esa causa del orden del 2 %. No es posible afirmar, por tanto, que el tratamiento habría sido necesariamente beneficioso para este paciente en particular.

¿Puede sostenerse que una actuación oportuna habría evitado la secuela? No. Afirmarlo excedería con mucho lo que la evidencia permite, por tres razones que deben consignarse expresamente: porque el beneficio del tratamiento es probabilístico y minoritario en términos absolutos; porque el tratamiento tiene riesgos propios que en un caso individual pueden materializarse; y porque la magnitud del infarto finalmente establecido depende de factores propios del paciente (circulación colateral, sitio y extensión de la oclusión) que el material disponible no permite reconstruir.

Lo que sí puede sostenerse, y con fundamento cuantificado, es lo siguiente: la conducta desplegada privó al paciente de una probabilidad relevante de mejor resultado, del orden de cinco a diez puntos porcentuales absolutos de resultado funcional excelente, además de la pérdida del beneficio adicional asociado a un tratamiento más precoz dentro de la propia ventana.

El marco técnico correcto es, por tanto, el de la pérdida de oportunidad, y no el de la evitabilidad categórica del daño.

Se consignan expresamente las causas concurrentes que deben ponderarse al graduar la causalidad: la severidad intrínseca del evento isquémico, la anatomía vascular individual y la respuesta biológica al tratamiento, que es variable entre pacientes. Ninguna de ellas neutraliza el efecto del retraso intrahospitalario, pero todas ellas impiden atribuir a ese retraso la totalidad del resultado.

10. Las secuelas

La evaluación funcional a los seis meses consigna marcha con asistencia, extremidad superior derecha no funcional y afasia de expresión persistente, con puntaje 4 en la escala

de Rankin modificada, que corresponde a discapacidad moderadamente grave, con imposibilidad de atender las necesidades corporales sin ayuda y de caminar sin asistencia.

La cuantificación del menoscabo conforme a las Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez requiere evaluación directa del periciado, con medición de rangos articulares, fuerza segmentaria y evaluación fonoaudiológica formal del trastorno del lenguaje. El material documental disponible no permite practicarla.

El perito se abstiene expresamente de asignar un porcentaje. Puede afirmarse, en cambio, que se trata de una secuela neurológica permanente que compromete simultáneamente la función motora de un hemicuerpo y la función del lenguaje, y que esa combinación se sitúa en el rango de menoscabos elevados. La precisión requiere la diligencia que se propone en la sección h).

f) CONCLUSIONES

Se responde a cada punto de pericia propuesto, con su fundamento y su grado de certeza.

1. Estándar técnico de la atención de urgencia.

Con la sospecha de ataque cerebrovascular isquémico de circulación anterior izquierda formulada y escrita a las 09:31 horas, y con la hora de inicio consignada dentro de ventana, la atención se apartó del estándar de manejo inicial en tres elementos concurrentes: demora en obtener el estudio de imagen, demora en la evaluación efectiva por especialista, y ausencia de gestión de traslado en paralelo al estudio. Se hace constar que el diagnóstico presuntivo fue correcto, precoz y completo, que el examen neurológico registrado es de calidad superior al promedio y que el estudio de imagen solicitado era el indicado.

Grado de certeza: Probable (apartamiento del estándar de oportunidad).

2. Los intervalos.

Entre la solicitud y la realización de la tomografía transcurrió una hora y trece minutos; entre el contacto con el neurólogo y su respuesta efectiva, una hora y veinticinco minutos. Sumados, consumen dos horas y treinta y ocho minutos de una ventana de cuatro horas y media, sin que conste actuación clínica en su transcurso. Al emitirse el informe de imagen,

a las 11:26, restaba una hora y cuarenta y cuatro minutos de ventana y estaban reunidos todos los elementos que la decisión terapéutica requiere.

Grado de certeza: Categórico en cuanto a los hechos objetivos (horarios e intervalos); probable en cuanto a su calificación como apartamiento del estándar.

3. Activación de protocolo y decisión terapéutica.

No consta activación de protocolo institucional de atención del ataque cerebrovascular agudo, ni existencia acreditada de tal protocolo. No consta anotación alguna sobre si se consideró el tratamiento trombolítico en el propio establecimiento ni sobre la disponibilidad del fármaco. No hay una decisión registrada de no tratar: hay ausencia de registro de que la cuestión se haya planteado.

Grado de certeza: Categórico en cuanto a la ausencia de registro; no determinable en cuanto a si existió deliberación no documentada.

4. Capacidad resolutive y red de derivación.

El establecimiento no contaba con neurólogo presencial y operaba con sistema de llamada. El artículo 21 letra b) del Decreto N° 34 de 2021 impone a todo establecimiento con unidad de emergencia el deber de disponer de una red de derivación expedita a especialistas durante las veinticuatro horas del día. No consta que dicha red se haya activado dentro de un plazo compatible con la naturaleza tiempo-dependiente de la condición. La ausencia de especialista presencial no es imputable al facultativo tratante, pero sí lo es la consecuencia clínica que de ella debía extraerse: gestionar el traslado en paralelo al estudio y no después de él.

Grado de certeza: Categórico en cuanto a la ausencia de constancia de activación; probable en cuanto a la conducta alternativa exigible.

5. Condición de emergencia y deberes reglamentarios.

La condición clínica se encuadraba en la hipótesis reglamentaria de emergencia con riesgo de secuela grave del Decreto N° 34 de 2021, vigente a la fecha de los hechos. No consta certificación de estado de emergencia dentro del plazo de seis horas que fija su artículo 23, ni la segunda certificación que el mismo decreto exige para el traslado a un centro con capacidad resolutive.

Grado de certeza: Categórico en cuanto a la ausencia de certificación; la calificación jurídica y administrativa corresponde al tribunal y a la Superintendencia de Salud.

6. Oportunidad y coordinación del traslado.

El traslado se efectuó en ambulancia, medio adecuado. No consta coordinación previa con el centro receptor, que registra el ingreso como derivación sin aviso previo. El egreso se produjo a las 13:52 horas, cuarenta y dos minutos después de vencida la ventana terapéutica, de modo que ningún traslado, por expedito que fuese, podía ya arribar a tiempo.

Grado de certeza: Categórico en cuanto al medio de traslado, la hora de egreso y el vencimiento previo de la ventana; probable en cuanto a la calificación de la falta de coordinación como apartamiento del deber de derivación.

7. Pérdida de oportunidad.

El paciente era, en toda apariencia documental, elegible para tratamiento trombolítico, y no lo recibió porque la ventana se agotó dentro del establecimiento. El beneficio del tratamiento es, sin embargo, probabilístico: incrementa el resultado funcional excelente en aproximadamente diez puntos porcentuales absolutos dentro de las tres horas y en aproximadamente cinco entre las tres y las 4,5 horas, y conlleva un riesgo propio de hemorragia intracraneal. En consecuencia, la conducta desplegada privó al paciente de una probabilidad relevante de mejor resultado, sin que sea posible afirmar que una actuación oportuna habría evitado la secuela.

Grado de certeza: Probable (pérdida de oportunidad); expresamente NO categórico en cuanto a la evitabilidad del daño.

8. Fidelidad del registro.

La ficha presenta en blanco los campos «Pronóstico», «Destino» y «Evaluación por neurólogo urgente», y no consigna hora de egreso. La deficiencia no es general: el registro de la evaluación médica inicial es de calidad superior al promedio, y los campos omitidos son precisamente los relativos a gravedad, destino y gestión del especialista.

Grado de certeza: Categórico.

9. Secuelas y menoscabo.

Secuela neurológica permanente consistente en hemiparesia derecha con marcha asistida, extremidad superior derecha no funcional y afasia de expresión, con puntaje 4 en la escala de Rankin modificada a los seis meses. La cuantificación porcentual del menoscabo requiere evaluación directa del periciado, que no se practicó.

Grado de certeza: Categórico en cuanto a la existencia y permanencia de la secuela; no determinable en cuanto a su cuantificación porcentual.

Conclusiones específicas (hallazgos médicos)

Hallazgo	Grado de certeza
Diagnóstico presuntivo correcto formulado a las 09:31 horas, con hora de inicio consignada y ventana computada. Consta en la ficha de urgencia.	Categórico
Paciente sin contraindicaciones registradas al tratamiento trombolítico.	Categórico
Intervalo de una hora y trece minutos entre solicitud y realización de la tomografía.	Categórico
Intervalo de una hora y veinticinco minutos entre el llamado al neurólogo y su respuesta efectiva.	Categórico
Ausencia de registro de deliberación sobre el tratamiento trombolítico.	Categórico en cuanto a la ausencia de registro; no determinable en cuanto a si hubo deliberación no documentada
Ausencia de certificación de estado de emergencia dentro del plazo reglamentario.	Categórico
Egreso del establecimiento cuarenta y dos minutos después de vencida la ventana terapéutica.	Categórico
Ausencia de coordinación previa con el centro receptor.	Categórico
Pérdida de oportunidad de mejor resultado funcional, del orden de cinco a diez puntos porcentuales absolutos.	Probable
Secuela neurológica permanente, Rankin modificado 4 a los seis meses.	Categórico en cuanto a la secuela; no determinable en cuanto al porcentaje de menoscabo

La calificación jurídica de «negligencia», «culpa», «falta de servicio» o «responsabilidad», así como la prescripción, la procedencia de la acción y la cuantía indemnizatoria, son competencia exclusiva del tribunal. Este informe se limita al estándar técnico y al nexo causal médico.

f.bis) SÍNTESIS EN LENGUAJE NO TÉCNICO

Esta sección traduce las conclusiones anteriores al lenguaje corriente, para facilitar su comprensión por el tribunal y las partes sin formación médica. No agrega información nueva ni modifica los juicios ya expresados.

Sobre lo que se hizo bien

Es importante comenzar por aquello que fue adecuado, porque delimita con precisión el objeto del análisis. A los nueve minutos de que el paciente ingresara, el médico de urgencia escribió en la ficha el diagnóstico correcto: una obstrucción de una arteria del cerebro, del lado izquierdo. Además anotó la hora exacta en que habían comenzado los síntomas y dejó constancia de que el paciente estaba «dentro de ventana», es decir, dentro del plazo en que todavía existe un tratamiento capaz de disolver el coágulo.

Este caso no es, por tanto, un caso de diagnóstico equivocado ni de diagnóstico tardío. El diagnóstico fue correcto y fue temprano, y el propio médico identificó que había tiempo para tratar. Lo que debe analizarse es qué ocurrió durante las horas siguientes con ese tiempo disponible.

Sobre el tratamiento del que se trata

Existe un medicamento que se administra por vena y que puede disolver el coágulo que obstruye la arteria. Solo puede usarse dentro de las primeras cuatro horas y media desde que comienzan los síntomas, y antes de administrarlo es obligatorio realizar una tomografía de cerebro para descartar que se trate de un sangrado en vez de una obstrucción, porque en ese caso el medicamento sería peligroso.

Un dato es esencial para comprender el resto de este informe: este tratamiento no cura ni garantiza un buen resultado. Aumenta las probabilidades de quedar sin secuelas importantes, pero no las asegura. De cada cien pacientes tratados dentro de las primeras tres horas, alrededor de treinta y tres quedan sin discapacidad significativa; de cada cien pacientes no tratados, alrededor de veintitrés también quedan bien por sí solos. La diferencia que aporta el tratamiento es, entonces, de aproximadamente diez pacientes de cada cien cuando se administra muy temprano, y de aproximadamente cinco de cada cien cuando se administra más cerca del límite de las cuatro horas y media. Además, el

tratamiento tiene un riesgo propio: puede provocar una hemorragia dentro del cerebro, que en una pequeña proporción de casos es mortal.

Sobre el tiempo transcurrido

Los síntomas comenzaron a las 08:40 de la mañana. El paciente llegó a la clínica a las 09:22, muy rápidamente. El médico lo evaluó a las 09:31 y pidió la tomografía a las 09:35. La tomografía se realizó a las 10:48, es decir, una hora y trece minutos después de haber sido solicitada, y su resultado se informó a las 11:26.

Ese resultado mostró que no había sangrado, con lo cual el paciente podía recibir el tratamiento. En ese momento quedaba todavía una hora y cuarenta y cuatro minutos de plazo. Se llamó al neurólogo a las 11:40, y el neurólogo respondió a las 13:05, una hora y veinticinco minutos después. El plazo para tratar venció a las 13:10. El paciente salió de la clínica a las 13:52 y llegó al hospital a las 14:50, ya fuera de plazo, y por eso no recibió el tratamiento.

Dicho de manera simple: el plazo no se agotó porque faltara información. Se agotó cuando ya se tenía toda la información necesaria para decidir.

Sobre lo que no quedó escrito

La ficha no contiene ninguna anotación sobre si se pensó o no en administrar el tratamiento en la propia clínica, ni sobre si el medicamento estaba disponible allí. Esto no significa necesariamente que nadie lo haya pensado; significa que no quedó constancia. Tampoco quedó constancia de que se hubiera avisado al hospital de destino antes de enviar al paciente: el hospital anotó que recibió a un paciente derivado sin aviso previo.

Cuando una clínica no tiene el especialista o el tratamiento que un paciente necesita con urgencia, lo correcto es empezar a organizar el traslado de inmediato, al mismo tiempo que se hacen los exámenes, y no después de que estén todos listos. Aquí ocurrió lo segundo.

Sobre si el tratamiento habría evitado las secuelas

No es posible afirmarlo, y este informe no lo afirma. Como se explicó, el tratamiento mejora las probabilidades pero no garantiza el resultado, y además tiene riesgos propios. Es perfectamente posible que este paciente hubiera quedado con secuelas aun habiendo recibido el tratamiento a tiempo.

Lo que sí puede afirmarse es que el paciente perdió una oportunidad. Tenía todas las condiciones para recibir un tratamiento que aumenta entre cinco y diez de cada cien las

probabilidades de quedar sin discapacidad importante, y no lo recibió porque el plazo se consumió dentro de la clínica. Eso es distinto de decir que la clínica causó la discapacidad: es decir que le quitó una probabilidad que tenía.

Sobre las secuelas

Seis meses después, el paciente camina con ayuda, no puede usar su brazo derecho y tiene dificultad persistente para hablar, aunque comprende lo que se le dice. Es una secuela permanente que afecta a la vez el movimiento de la mitad del cuerpo y el lenguaje.

Para poner un porcentaje exacto de menoscabo haría falta examinar personalmente al paciente, cosa que no se hizo, de modo que con los documentos disponibles no es posible determinarlo con precisión.

Finalmente, corresponde recordar que determinar si hubo o no responsabilidad legal es una decisión que le corresponde al tribunal y no al médico perito. Lo que este informe aporta es la descripción de lo que debió hacerse, de lo que consta que se hizo, y de la diferencia entre ambas cosas.

g) LIMITACIONES

- El informe se funda exclusivamente en revisión documental. No se practicó examen directo del periciado, lo que impide cuantificar el menoscabo conforme a las Normas de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez.
- La graduación de la pérdida de oportunidad es, por su naturaleza, probabilística. Este informe ofrece el rango de beneficio absoluto que la literatura documenta para la población estudiada, pero no una probabilidad individualizada para este paciente, que la evidencia disponible no permite calcular.
- No consta si existió deliberación no documentada sobre el tratamiento trombolítico. El perito se abstiene de afirmar que no la hubo: afirma únicamente que no consta.
- El material no permite establecer la anatomía vascular ni la circulación colateral del paciente, factores que influyen sobre la magnitud del infarto con independencia de la oportunidad del tratamiento.
- Parte de los antecedentes proviene de documentos elaborados por el propio prestador cuya actuación se analiza, con posterioridad a los hechos y en contexto de reclamo; su carácter no neutral se ha tenido presente.

- La valoración del pronóstico funcional de largo plazo y de la respuesta a neurorrehabilitación excede la especialidad del perito y no se aborda en este informe.

h) DILIGENCIAS QUE SE RECOMIENDA REQUERIR

- Examen pericial directo del periciado, con evaluación neurológica segmentaria, medición de rangos articulares y evaluación fonoaudiológica formal. Para cuantificar el menoscabo conforme a las Normas de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez, cuestión que este informe declara no determinable.
- Certificación del establecimiento sobre la existencia y disponibilidad de alteplasa en su arsenal farmacológico al 14 de marzo de 2024. Para establecer si el tratamiento podía administrarse en el propio centro o si la derivación era ineludible.
- Protocolo interno del establecimiento para la atención del ataque cerebrovascular agudo, vigente a la fecha de los hechos, y constancia de su difusión al personal. Para contrastar la conducta desplegada con el propio estándar declarado por el prestador.
- Registro de accesos al sistema de imagenología y bitácora del equipo de tomografía del 14 de marzo de 2024, entre las 09:30 y las 11:30 horas. Para establecer la causa del intervalo de una hora y trece minutos entre la solicitud y la realización del examen.
- Registro de llamadas del servicio de urgencia de esa jornada y bitácora del sistema de turno de llamada de neurología. Para determinar la hora efectiva del primer contacto y la causa del intervalo hasta la respuesta.
- Constancia de las gestiones de traslado y de comunicación con el Hospital Regional de Nueva Alcántara. Para determinar si existió coordinación con el centro receptor.
- Certificación del establecimiento sobre emisión o no emisión de certificado de estado de emergencia respecto del paciente.

i) BIBLIOGRAFÍA Y NORMAS APLICADAS

Referencias clínicas

Berge E, Whiteley W, Audebert H, De Marchis GM, Fonseca AC, Padiglioni C, y cols. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on intravenous thrombolysis for acute

ischaemic stroke. European Stroke Journal. 2021;6(1):I-LXII. DOI 10.1177/2396987321989865. PMID 33817340.

Dato relevante para este caso: la guía recomienda el tratamiento trombolítico intravenoso con alteplasa para mejorar el resultado funcional en pacientes con ataque cerebrovascular isquémico agudo dentro de las 4,5 horas siguientes al inicio de los síntomas, calificando la calidad de la evidencia como alta.

Nivel GRADE: Alta — guía de práctica clínica de sociedad científica internacional, elaborada mediante metodología GRADE explícita, con revisiones sistemáticas y metaanálisis propios y graduación declarada de cada recomendación.

Embersen J, Lees KR, Lyden P, Blackwell L, Albers G, Bluhmki E, y cols. Effect of treatment delay, age, and stroke severity on the effects of intravenous thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from randomised trials. Lancet. 2014;384(9958):1929-1935. DOI 10.1016/S0140-6736(14)60584-5. PMID 25106063.

Dato relevante para este caso: metaanálisis de datos individuales de 6.756 pacientes provenientes de nueve ensayos aleatorizados. Resultado excelente (Rankin modificado 0 o 1) en 32,9 % de los tratados dentro de tres horas frente a 23,1 % de los controles (razón de momios 1,75; IC 95 % 1,35-2,27); 35,3 % frente a 30,1 % entre tres y 4,5 horas (razón de momios 1,26; IC 95 % 1,05-1,51); sin efecto significativo más allá de 4,5 horas (razón de momios 1,15; IC 95 % 0,95-1,40). Incremento absoluto de supervivencia libre de discapacidad de aproximadamente 10 % dentro de tres horas y de aproximadamente 5 % entre tres y 4,5 horas. La alteplasa aumentó la hemorragia intracraneal parenquimatosa tipo 2 (razón de momios 5,55; IC 95 % 4,01-7,70) y la hemorragia intracraneal fatal a siete días (razón de momios 7,14; IC 95 % 3,98-12,79), con un exceso absoluto de muerte precoz por esa causa de aproximadamente 2 %.

Nivel GRADE: Alta — metaanálisis de datos individuales de pacientes provenientes de la totalidad de los ensayos aleatorizados de fase 3 completados, con verificación retrospectiva de que ningún ensayo elegible fue omitido.

Goyal M, Almekhlafi M, Dippel DW, Campbell BCV, Muir K, Demchuk AM, y cols. Rapid Alteplase Administration Improves Functional Outcomes in Patients With Stroke due to Large Vessel Occlusions: Meta-Analysis of the Noninterventional Arm From the HERMES Collaboration. Stroke. 2019;50(3):645-651. DOI 10.1161/STROKEAHA.118.021840. PMID 30760169.

Dato relevante para este caso: en 601 pacientes con oclusión de gran vaso tratados con alteplasa, cada hora adicional de demora en el intervalo puerta-aguja se asoció a menores probabilidades de independencia funcional a noventa días (razón de momios 0,55; IC 95 % 0,37-0,81). El descenso absoluto de resultado excelente fue de 20,3 por cada 1.000 pacientes tratados por cada quince minutos de demora en el intervalo puerta-aguja. La diferencia absoluta ajustada entre un intervalo puerta-aguja menor a treinta minutos y uno de treinta a sesenta minutos fue de 19,3 % para resultado independiente.

Nivel GRADE: Moderada — análisis agrupado del brazo no intervencional de ensayos aleatorizados; los datos provienen de ensayos, pero la comparación por tiempo es observacional y susceptible de confusión residual. Se cita por la pertinencia directa de su objeto, que es específicamente el intervalo intrahospitalario discutido en este informe.

Normas aplicadas

- Código de Procedimiento Civil, artículos 409 a 425, y Código Procesal Penal (Ley N° 19.696), artículos 314 a 322: procedencia, contenido e idoneidad de la prueba pericial.
- Ley N° 19.650 (1999), que perfecciona normas del área de la salud: atención de urgencia y prohibición de condicionar la atención de emergencia.
- Decreto N° 34 de 2021 del Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, que aprueba el reglamento sobre condiciones clínicas generales y circunstancias para certificar estado de emergencia o urgencia en paciente adulto, recién nacido y pediátrico. Se citan en particular: artículo 4 (definiciones de emergencia, riesgo de secuela grave y certificación); artículo 9 (segunda certificación de emergencia para el traslado); artículo 20 (funciones del médico cirujano de la unidad de emergencia); artículo 21 letra b) (deber del establecimiento de disponer de red de derivación expedita a especialistas las veinticuatro horas); y artículo 23 (plazo de seis horas para la certificación y enumeración de las condiciones clínicas que la ameritan).
- Ley N° 19.966 (2004), que establece un Régimen de Garantías en Salud: mediación previa obligatoria (artículo 43) y suspensión de la prescripción durante la mediación (artículo 45). Se citan como marco aplicable; el perito no emite opinión sobre prescripción ni sobre procedencia de la acción.
- Ley N° 20.584 (2012), sobre derechos y deberes de las personas en su atención de salud: ficha clínica y registro de la atención.
- Decreto N° 41 de 2012 del Ministerio de Salud, reglamento de la ficha clínica.
- Ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada: tratamiento de datos sensibles de salud.

- Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema Previsional, citadas como marco para la eventual cuantificación del menoscabo, que este informe declara no determinable con el material disponible.

Las normas legales y reglamentarias se citan como marco aplicable y no se gradúan conforme a GRADE, por no constituir evidencia empírica.

j) FIRMA, FECHA Y LUGAR

Este informe se funda exclusivamente en revisión documental. No se practicó examen directo del periciado, circunstancia que se declara expresamente y que consta también en la sección g).

Se reitera que el caso, las personas, los establecimientos y los lugares mencionados son enteramente ficticios, y que este documento carece de valor probatorio. Su única finalidad es exhibir la estructura, el método y los criterios de calibración empleados en los informes periciales del suscrito.

Juan Eduardo Donoso Rosas

Médico Cirujano — Especialista en Medicina de Urgencia

Certificación CONACEM en Medicina de Urgencia

Perito judicial, bienio 2026-2027, Ittma. Corte de Apelaciones de Puerto Montt

Puerto Varas, agosto de 2026

Documento de muestra con caso enteramente ficticio, publicado únicamente para ilustrar la estructura y el método de trabajo. No constituye un informe real ni asesoría sobre un caso particular.



Volver a servicios