



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 6 1 / 2 0 1 6

(Sección 2ª)

La Laguna, a 3 de noviembre de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...) y (...), por daños ocasionados por el fallecimiento de su padre, (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 355/2016 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente dictamen, solicitado el 4 de octubre de 2016 (RE 6 de octubre de 2016) por el Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, organismo autónomo de la Administración autonómica. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la legitimación del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del dictamen según los arts. 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación, este último precepto, con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RPAPRP).

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito de legitimación activa de los reclamantes al pretender el resarcimiento de un daño moral, por el fallecimiento de su padre -relación de filiación que se acredita en el expediente- cuyo origen se

* Ponente: Sr. Lazcano Acedo.

imputa a la asistencia sanitaria que le fue prestada por el Servicio Canario de la Salud.

Por otra parte, se cumple el requisito de la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

2. Se cumple igualmente el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, pues el escrito de reclamación se presentó en la Dirección Gerencia de la AGE de La Palma el 14 de marzo de 2012, desde donde es remitida a la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, que registra su entrada el 26 de marzo de 2012, respecto de un daño que se produjo el 26 de marzo de 2011, fecha en el que se produjo el fallecimiento del padre de los reclamantes. Por tanto, se ha presentado la reclamación dentro del plazo del año establecido al efecto en el art. 142.5 LRJAP-PAC, ley aplicable en virtud de lo que dispone la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición final séptima de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y el art. 4.2 RPAPRP.

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

4. La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

III

Los hechos en los que los reclamantes basan su pretensión, según su escrito de reclamación, son los siguientes:

«Que con fecha 26 de marzo de 2011 nuestro padre, (...), falleció como consecuencia de un tumor cerebral hemisférico izquierdo.

(...) ya en noviembre de 2010, y tras la consulta con el neurólogo, ante la pérdida de fuerza y sensibilidad en las extremidades derechas, se le indica la necesidad de hacerse una

RMN cerebral, el día 9 de diciembre de 2010, sugestiva (...) de patología isquémica subaguda en el territorio de la arteria cerebral media izquierda (...).

El día 16 de diciembre de 2010, volvió a consulta y ante la evolución clínica atípica se solicitó un control de RMN cerebral, así como una interconsulta RHB. En esos cuatro últimos días la hemiparesia derecha continuó empeorando, hasta el punto de que mi padre ya ni siquiera manejaba con la mano derecha para comer y no era capaz de subirse al coche sin ayuda.

Fue el día 20 de diciembre de 2010 cuando (...) y con el empeoramiento sufrido, a instancia de la médico de cabecera (...), acude al Servicio de Urgencias del Hospital de La Palma, siendo objeto de ingreso.

(...) pendiente de realizársele un TAC cerebral, el cual es efectuado el día 23 de diciembre de 2010, "encontrándose pendiente de informe, ordenándose una RMN cerebral y cervical con contraste con carácter urgente para decidir si se realiza otro proceso diagnóstico para descartar patología inflamatoria".

Dicha "urgencia" se traduce en la realización de la RMN cerebral y cervical el día 4 de enero de 2011, esto es, doce días después de que se ordenase su realización. Dicha RMN es realizada por el Centro Médico (...) en Santa Cruz de La Palma.

El día 7 de enero de 2011 (...) se recibe informe de la RMN cerebral (...) con el siguiente resultado: "Lesión isquémica subaguda en territorio de arteria cerebral media izquierda. Sin otros hallazgos de interés patológico", procediéndose a dar el alta el día 12 del mismo mes y año.

Fue el día 12 de enero (...) cuando la familia fue informada de dichos informes de RMN.

El juicio clínico expresado (...) el día 12 de enero de 2011 fue de accidente cerebrovascular isquémico hemisférico derecho, con infarto en territorio de arteria cerebral media.

Tras el alta en Neurología el paciente fue evaluado por un neurocirujano privado (...), el día 19 de enero de 2011, en Tenerife, y fue ingresado en el Hospital Universitario de Canarias (HUC) el mismo día, en donde se diagnosticó un tumor cerebral hemisférico izquierdo del cual fue intervenido el día 1 de febrero de 2011 con diagnóstico: "Astrocitoma gemisociótico con cambios anaplásicos GIII en progresión, con deterioro clínico rápidamente progresivo, sin posibilidad de reintervención quirúrgica, ni de una radioterapia fraccionada convencional y aconsejándose cuidados paliativos y de soporte».

Visto lo anterior, los interesados reclaman por considerar que «se llegó a una conclusión errónea en el diagnóstico siendo, a modo de comentario que se llegó a tratar la patología en lado derecho cuando en realidad era el izquierdo». Además,

según refieren los interesados, «no se utilizaron todos los medios en los tiempos requeridos, lo que determinó la falta de precocidad en un certero diagnóstico y en el tratamiento llegándose a un resultado perjudicial como consecuencia de la falta de diligencia y de criterio».

Se solicita, por ello, una indemnización de 56.087 euros para cada uno de los reclamantes.

IV

En relación con el procedimiento, se ha tramitado correctamente, si bien se ha superado ampliamente el plazo de resolución, que es de seis meses (art. 42.1 LRJAP-PAC). Subsiste, no obstante, la obligación de resolver, sin perjuicio de las consecuencias administrativas y aun económicas que puedan derivarse de la falta de cumplimiento del plazo (art. 42.1 y 7, 43.1 y 4, y 141.3 LRJAP-PAC).

Constan en el procedimiento administrativo los siguientes trámites:

- El 28 de marzo de 2012, se identifica el procedimiento y se insta a los reclamantes a mejorar su solicitud, de lo que reciben notificación el 2 de abril de 2012, viniendo a aportar lo solicitado el 17 de abril de 2012.

- Por Resolución de 2 de mayo de 2012, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación. Además, se acuerda la suspensión del procedimiento entre la solicitud y la recepción del preceptivo informe del Servicio, así como la remisión del expediente para su tramitación a la Dirección Gerencia del Hospital General de La Palma (pues, de conformidad con la Resolución de 22 de abril de 2004, de la Directora del Servicio Canario de la Salud, por la que se le delega competencia, aquella Dirección Gerencia es competente para la tramitación de este procedimiento y para proponer el correspondiente informe-Propuesta, previa a la formulación por parte de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud de la Resolución que le ponga fin). De todo ello es notificada la parte interesada el 11 de mayo de 2012.

- Por escrito de 2 de mayo de 2012, se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones, que se emite el 3 de febrero de 2016, tras haber recabado la documentación necesaria.

- A efecto de la apertura de trámite probatorio, el 14 de marzo de 2016 se insta a los reclamantes a que aporten, para la prueba testifical solicitada en su escrito de reclamación, que se indiquen los datos de los testigos a citar y se aporte pliego de

preguntas a formular. Asimismo, dado que también se propone prueba pericial, se insta a que se concrete si es por aportación propia o, a su costa, por la Administración, Ello es notificado el 28 de marzo de 2016.

Mediante escrito presentado el 31 de marzo de 2016, los interesados desisten de las pruebas antes citadas, si bien incorporan documentales consistentes en informe médico de neurocirujano, de 19 de enero de 2011, e informe del Dirección Médica de Atención Especializada, de 22 de junio de 2011, como consecuencia de la queja de los interesados interpuesta ante el Diputado del Común (EQ0417/2011).

- Tal documentación se remite al Servicio de Inspección y Prestaciones, para su valoración, el 6 de abril de 2016, emitiéndose el informe el 18 de abril de 2016, que se reitera en los términos del anterior.

- El 20 de abril de 2016, se acuerda la apertura de trámite probatorio declarando la pertinencia de las pruebas propuestas por los interesados y, siendo tanto ésta como la de la Administración documental y estar incorporada ya al expediente, se declara concluso este trámite. De ello reciben notificación los reclamantes el 26 de abril de 2016.

- El 27 de abril de 2016, se acuerda la apertura del trámite de audiencia, recibiendo notificación la parte interesada el 9 de julio de 2016 que presentó escrito de alegaciones el 18 de julio de 2016.

- El 26 de agosto de 2016, se emite Propuesta de Resolución desestimatoria por el Secretario General del Servicio Canario de la Salud, y en tal sentido borrador de Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud, lo que es informado favorablemente por el Servicio Jurídico el 29 de septiembre de 2016. Así pues, el 3 de octubre de 2016 se emite Propuesta de Resolución definitiva que es remitida a este Consejo Consultivo para dictamen.

V

1. En cuanto al fondo del asunto, como se ha señalado, la Propuesta de Resolución desestima la reclamación de los interesados, lo que hace con fundamento en los informes recabados y, especialmente, en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de 3 de febrero de 2016, que acoge los mismos, y en cuyos términos se reitera, con aclaración del informe de Dirección Médica de Atención Especializada, de 22 de junio de 2011 y del informe de 18 de abril de 2016.

2. Entendemos que la Propuesta de Resolución fundamenta adecuadamente la desestimación de la pretensión de los reclamantes.

A tal efecto, ante todo, es preciso señalar los antecedentes del proceso asistencial recibido por el paciente, tal y como se recoge en su historia clínica:

Así consta:

- El 2 de noviembre de 2010, el paciente acude a su Centro de Salud de La Palma con disminución de la sensibilidad en pierna y mano derecha. Se diagnostica de neuropatía y se le prescribe vitamina B-12, que promueve la restauración de las vainas de los nervios ayudando a la regeneración de las células nerviosas.

- El 10 del mismo mes y año acude de nuevo a su centro de salud, refiriendo pérdida de sensibilidad y fuerza en pierna y mano derecha. Se remite de urgencia al Hospital General de La Palma. Se diagnostica de hemiparesia en hemicuerpo derecho. Se cita preferente por consulta externa de Neurología, siendo visto el día 23 de noviembre y diagnosticado de posible accidente cerebro vascular (ACV) isquémico en territorio de arteria cerebral media.

- El 9 de diciembre de 2010, se realiza RMN cerebral sin contraste, sugestiva de patología isquémica subaguda en el territorio de la arteria cerebral media izquierda, según informe de facultativo especialista en Radiodiagnóstico.

- El 16 de diciembre de 2010, vuelve a consulta por empeoramiento de la hemiparesia derecha y, ante la evolución clínica atípica se solicita control con RMN cerebral e interconsulta con Rehabilitación (RHE).

- Ante el empeoramiento de los síntomas, con fecha 21 de diciembre ingresa en el Hospital General de La Palma bajo el juicio clínico de hemiparesia derecha progresiva a estudio. En TAC craneal sin contraste se observa «lesión de menor atenuación y con cierto efecto de masa en territorio frontera de la cerebral anterior con la media. Podría tratarse de una lesión isquémica, sin poder descartar por completo otras posibilidades diagnósticas».

- El 24 de diciembre, se plantea posible lesión vascular ante la persistencia de los síntomas. Se solicita RMN cerebral y cervical con contraste con carácter urgente para clarificar la existencia de otra opción diagnóstica. El 29 del mismo mes y año, se realiza Eco-Doppler de tronco supra aórtico para completar estudio. El paciente refiere un continuo deterioro, aunque la exploración neurológica es poco significativa. El resultado de la RMN es lesión isquémica subaguda en merla cerebral media izquierda, sin otros hallazgos patológicos.

- Por decisión propia, el paciente decide acudir a neurocirujano privado en Tenerife, quien decide remitirlo al HUC con sospecha de proceso expansivo intracerebral (PEIC) parietal izquierdo.

- El 19 de enero de 2011, se realiza TAC con contraste en el HUC observando lesión nodular de localización cortical parietal izquierda, y edema perilesional sugestivo de proceso neofornativo, sin visualizar presencia de material hemático. Ingresa en planta de Neurocirugía.

- En RMN de 26 de enero de 2011, se observan hallazgos sugestivos de glioma de bajo grado vs gliomatosis cerebral. Se realiza intervención quirúrgica con fecha 1 de febrero de 2011 practicando craneotomía parietal inedia izquierda, con toma de biopsia.

- Ante la confirmación de tumor cerebral maligno, astrocitoma gemistocítico con cambios anaplásicos GIII, fue remitido a los Servicios de Oncología Médica y Radioterápica para tratamiento complementario.

- Es dado de alta con fecha 12 de febrero de 2011 y el 14 de marzo es valorado por Oncología Radioterápica para valorar la posibilidad de tratamiento radiológico de glioma anaplásico grado III, e incluso un glioma grado IV .

— Se observa deterioro clínico rápidamente progresivo, sin posibilidades de reintervención quirúrgica, siendo aconsejables los cuidados paliativos y de soporte. Fallece el 28 de marzo de 2011.

3. Dados los antecedentes expuestos, señala acertadamente la Propuesta de Resolución, tal y como se concluye por el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, que procede la desestimación de la pretensión resarcitoria pues se considera que las pruebas diagnósticas puestas al alcance del paciente son las idóneas según guías y protocolos actuales en uso, así como los tiempos de espera. Desde el inicio de los síntomas, el 10 de noviembre de 2010, hasta la primera cita con Neurología transcurrieron sólo 13 días.

Además, dada la progresión de los síntomas, fue ingresado en el Hospital General de La Palma, donde se pusieron todos los medios diagnósticos pertinentes para el proceso. La asistencia prestada fue correcta y adecuada a la *lex artis ad hoc*, ya que tanto el diagnóstico como la asistencia dispensada, y la realización de los procedimientos médicos efectuados, fueron llevados a cabo según el estado actual de la ciencia y de la técnica.

No obstante, a pesar de un diagnóstico inicial de certeza el pronóstico de los gliomas de grado IV es funesto, con baja supervivencia al año, tal y como ocurrió en el presente caso.

4. Ciertamente, se considera que la Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, al fundar su desestimación en los informes médicos obrantes en el expediente, de los que se detraen los siguientes datos que fundamentan que la atención dispensada al paciente fue conforme a la *lex artis* en todo momento, sin que el triste desenlace guarde relación de causalidad con el funcionamiento del servicio público sanitario, sino con la propia entidad de la patología padecida por el finado.

a) Así, en primer lugar, atribuyen los reclamantes la existencia de error por haberse tratado al paciente de patología en el lado derecho, cuando era en el lado izquierdo, argumentando que en informe de alta de 12 de enero de 2011 figura como juicio diagnóstico: accidente cerebrovascular hemisférico derecho, cuando en todos los informes constaba que el citado diagnóstico afectaba a la arteria cerebral media izquierda. Entienden, por tanto, que su padre recibió tratamiento en el lugar contrario al que realmente padecía, reforzando tal razonamiento en la hoja de respuesta a su queja ante el Diputado del Común, realizada por el Director Médico del Área de Salud de La Palma, en cuyo primer punto se afirma: «En el informe del Dr. (...) se localiza el origen del cuadro clínico en el hemisferio cerebral derecho, cuando fue en el lado izquierdo».

Al respecto, aclara el informe del Dr. (...), neurólogo del Hospital General de La Palma, emitido el 18 de abril de 2012, que tanto en la exploración física realizada el día 21 de diciembre de 2010 como en el resto de exploraciones físicas llevadas a cabo se registra que la hemiparesia era en el lado derecho, tal y como consta en el propio informe de alta de 12 de enero de 2011 mencionado por los reclamantes. Además, en este mismo informe ya citado también se hace referencia a los hallazgos observados en las pruebas diagnósticas, sugestivas de patología isquémica subaguda en el territorio de la arteria cerebral media izquierda.

Se trata, por tanto, de un error tipográfico o de transcripción únicamente al escribir el juicio diagnóstico en el informe de alta, pues es claro que la lesión cerebral debe ser contralateral al hemicuerpo afectado, y éste era claramente el derecho. Por tanto, con independencia del lado que conste transcrito, el lado tratado fue el correcto, sin que haya ningún error médico en este aspecto.

b) Por otra parte, en cuanto al error del diagnóstico mismo, se deben tener en cuenta las consideraciones hechas en los informes médicos obrantes en el expediente.

En el citado informe del facultativo especialista en Neurología del Hospital General de La Palma [Dr. (...)], consta que, en las primeras pruebas diagnósticas realizadas al paciente con fechas 19 y 22 de diciembre de 2010 y 4 de enero de 2011, los hallazgos eran compatibles con lesión isquémica subaguda en territorio de la arteria cerebral media izquierda. Además de estas pruebas, el hecho de que durante el ingreso del paciente en el citado hospital no se objetivaron cambios neurológicos con respecto a la exploración neurológica inicial al ingreso (hemiparesia derecha de grado 4/5) contribuyó a este diagnóstico, a pesar de haberse repetido múltiples exploraciones al paciente durante todo ese tiempo.

Continúa el Dr. (...) informando que la primera vez que este paciente fue visto en Neurología fue en la consulta externa el día 23 de noviembre de 2010, cuando se sospechó de un accidente cerebro vascular. Esta sospecha fue apoyada por el informe de la RMN cerebral efectuada el día 9 de diciembre de 2010, en el que consta «imagen sugestiva de patología isquémica subaguda en territorio de la ACM izquierda (...)».

Es como consecuencia de un posterior empeoramiento progresivo de la hemiparesia derecha, considerado atípico en una lesión cerebral isquémica, por lo que se decidió el ingreso el día 20 de diciembre de 2010 para completar el estudio precisamente y realizar un diagnóstico diferencial de accidente cerebro vascular isquémico hemisférico izquierdo con otras patologías (fundamentalmente con procesos tumorales). Así, el TAC cerebral de 22 de diciembre de 2010, informa: «podría tratarse de una lesión isquémica, sin poder descartar por completo otras posibilidades diagnósticas».

Al respecto, en informe del Dr. (...), facultativo especialista en Neurología del Hospital General de La Palma, de 23 de marzo de 2012, se expone información detallada de todas las pruebas diagnósticas que se realizaron a (...), así como de sus resultados de las mismas, exponiéndose que en la hoja evolutiva del 24 de diciembre de 2010 que figura en el informe de alta del 12 de enero de 2011, queda expresado: «posible lesión vascular pero que la evolución y el efecto de masa de la misma deja abierta otras posibilidades diagnósticas. Ordeno RAM cerebral y cervical con

contraste con carácter de urgente para decidir si se realiza otro proceso diagnóstico para descartar patología inflamatoria».

En este informe, el Dr. (...), responde, respecto a si hubo sospecha de otro proceso patológico, en concreto el proceso expansivo intracerebral, y como ya se ha explicado anteriormente, responde que ante la clínica atípica de lesión isquémica se solicitó RMN craneal. Con esta afirmación se explica que ya se sospechaba de la existencia de otro proceso patológico, puesto que la clínica no evolucionaba conforme suele hacerlo un cuadro de lesión isquémica cerebral.

Ahora bien, es durante este proceso en el que dada la evolución y sintomatología que iba presentando el paciente, se fueron realizando las pruebas pertinentes en aras de la determinación del diagnóstico, cuando el paciente, voluntariamente acude a centro privado en Tenerife, donde se informa, con fecha 19 de enero de 2011, que precisa ingreso urgente para descartar proceso expansivo intracerebral o lesión focal evolutiva, que es lo que se venía tratando de hacer ya en la asistencia que se le estaba prestando al paciente.

Es en el HUC donde, a través de TAC craneal con contraste se observan hallazgos sugestivos de glioma de bajo grado *vs* gliomatosis cerebral.

Pues bien, al respecto, han de realizarse las siguientes consideraciones, pues como se ha señalado las pruebas se iban realizando al hilo de la sintomatología y evolución del paciente, y los resultados de las mismas determinaban el diagnóstico dado en cada momento, sin que se descartara la búsqueda de otros posibles, por los que seguían realizando pruebas, llegándose finalmente al diagnóstico funesto.

Como se deduce de los informes, por un lado, si bien los angiomas son los tumores primarios más frecuentes del sistema nervioso central, y uno de los más difíciles de tratar, sus síntomas iniciales son difusos e inespecíficos antes de que se den las auténticas alteraciones neurológicas. Sólo en grupo minoritario de pacientes (4%), el comienzo es agudo, del tipo convulsiones, por lo que se explica su difícil diagnóstico en sus primeros momentos.

Pero, además, incluso en el caso de un diagnóstico inicial rápido, con la máxima resección posible del tumor, la media de supervivencia es tan solo de 14 semanas y pocos pacientes sobreviven más allá del año.

Y es que el glioblastoma multiforme es considerado el tumor cerebral más agresivo, y aun consiguiendo extirparlo con éxito mediante cirugía, la mayor parte de los pacientes acaban sufriendo una recaída en poco tiempo, pues siempre quedan

células tumorales ocultas más allá de lo visible, pues es un tumor que infiltra el tejido cerebral de una manera muy particular (según la información presente en el expediente)

En el caso concreto que nos ocupa, y aun considerando, como se ha expuesto, que se trata de un tumor difícil de diagnosticar, el paciente fue atendido con los primeros síntomas el día 2 de noviembre de 2010, y el día 19 de enero de 2011 ya había sido diagnosticado. Objetivamente habían transcurrido dos meses y medio desde la presencia de los síntomas hasta ese diagnóstico, lo cual entra dentro de los rangos de tiempo adecuados según guías clínicas consultadas al respecto, siendo, como ya se ha señalado, los diagnósticos iniciales acordes con la sintomatología y las pruebas indicadas realizadas en cada estadio, por ello, y retomando, a modo de conclusión lo ya expuesto anteriormente:

Con la RMN de 9 de diciembre de 2010 los hallazgos fueron sugestivos de patología isquémica subaguda en el territorio de la arteria cerebral media izquierda. En el TAC cerebral sin contraste de 22 de diciembre de 2010, se observa lesión de menor atenuación y con cierto efecto de masa en territorio frontera de la cerebral anterior con la media. Estas imágenes también podrían tratarse de una lesión isquémica, sin poder descartar por completo otras posibilidades diagnósticas. Al persistir sin cambios clínicos se realiza RMN cerebral y cervical con contraste, y discutiendo el caso con el facultativo especialista en Radiología se plantea posible lesión vascular; pero dada la evolución atípica y el efecto masa de la misma, se dejan abiertas otras posibilidades diagnósticas, realizando nueva RMN con contraste el 4 de enero de 2011 en Centro Médico (...), identificando nuevamente imágenes compatibles con lesión isquémica subaguda en arteria cerebral media izquierda, sin otros hallazgos patológicos.

Lo anteriormente relatado demuestra la dificultad diagnóstica que tenía este caso concreto para determinarse un resultado certero, de manera que, de todos los informes previos de las diferentes pruebas diagnósticas utilizadas, siendo las indicadas en tiempo y forma por las diferentes Guías Neurológicas consultadas, en diferentes tiempos, centros y por diferentes facultativos, se observa que no son concluyentes hasta que no se realiza el TAC craneal con contraste el día 19 de enero de 2011, en el que se observan imágenes compatibles con proceso neofornativo, momento a partir del cual ya puede establecerse diagnóstico de glioma anaplásico grado III, e incluso llegando a alcanzar el grado IV.

Se interviene quirúrgicamente y se inicia tratamiento con radioterapia con poca efectividad. El tumor tuvo una rápida progresión y expansión. La accesibilidad del mismo hizo muy difícil la extirpación completa influyendo en esa rápida progresión e infiltración.

Por todo lo expuesto, queda acreditado que el diagnóstico efectuado en cada momento no fue erróneo, sino que era el acorde con las pruebas realizadas, que se hicieron en función de la sintomatología y evolución del paciente, sin que en ningún momento se descartara otro diagnóstico, por lo que se continuaban realizando pruebas.

El informe de Dirección Médica de Atención Especializada no reconoce -como pretenden los reclamantes en sus alegaciones, pues no analiza el proceso asistencial- que hubiera error en el diagnóstico por falta de actuación conforme a la *lex artis*, sino que lamenta el que no se llegara desde un principio al diagnóstico cierto y, por ende, al pronóstico de la enfermedad real, pues señala que las pruebas realizadas no eran de ayuda para ello, precisamente, porque, como han aclarado los informes médicos de los especialistas, las pruebas apuntaban a distintos diagnósticos, dado el carácter difuso de la sintomatología del paciente; pero en ningún momento se descartaron otros diagnósticos, por lo que se continuó el proceso asistencial que concluyó con el diagnóstico cierto en dos meses.

La tipología del tumor padecido por el paciente justifica la dificultad de su diagnóstico, dado el carácter difuso de sus síntomas en los primeros momentos y, asimismo, su agresividad determinó el desenlace, con independencia de la precocidad del diagnóstico que, en todo caso, se realizó en los tiempos estipulados como correctos en las guías y protocolos médicos, siendo conforme a la *lex artis ad hoc* la actuación sanitaria, a cuyo funcionamiento, pues, no le es imputable el daño sufrido por los reclamantes.

C O N C L U S I Ó N

Es conforme a Derecho la Propuesta de Resolución pues, no siendo imputable a la Administración el daño por el que se reclama, procede desestimar la pretensión de los interesados.