



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 9 8 / 2 0 1 3

(Sección 2ª)

La Laguna, a 29 de mayo de 2013.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por J.C. y M.A.G.P., por el fallecimiento de su padre J.F.G.R., como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 187/2013 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la propuesta de resolución de un procedimiento de reclamación de indemnización por la responsabilidad patrimonial, que se alega, de un Organismo autónomo de la Administración autonómica.

De la naturaleza de esta propuesta se deriva la legitimación del órgano solicitante para solicitar el Dictamen, la competencia del Consejo y la preceptividad del Dictamen según los artículos 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 (RPAPRP) aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

II

1. J.C. y M.A.G.P. presentan reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria como consecuencia del fallecimiento de su padre, J.F.G.R., al estimar que la asistencia que le fue prestada fue inadecuada.

* PONENTE: Sr. Lazcano Acedo.

Los reclamantes alegan en su solicitud, entre otros extremos, lo siguiente:

“PRIMERO.- El día 3 de junio, aproximadamente a las 16:00 horas, nuestro padre (...) es trasladado al Hospital Universitario de Canarias por un fuerte dolor de piernas e ingresa por el Servicio de Urgencias, (...).

Pasadas tres horas del ingreso aún no teníamos información de ningún diagnóstico y aunque preguntamos en varias ocasiones al personal que había en ese momento sólo nos comunicaron que le estaban haciendo pruebas.

SEGUNDO.- A las 04:00 horas del domingo 4 de junio se nos comunicó que pasaría la noche en el Servicio de Urgencias, pues en ese momento no se encontraba ningún cardiovascular en el Centro, por lo que tendríamos que esperar. Informé a la doctora de urgencias de toda la medicación que tomaba mi padre y de su cuadro clínico.

(...).

El domingo 4 de junio (...) a las 12:00 horas apareció el cardiovascular, ante quien me identifiqué como hija diciéndome que esperase fuera que ya me informaría de lo que tenía mi padre.

Pasaron las horas y sobre las 15:00 horas volví a preguntar qué le pasaba a mi padre y cuando fueron a buscar al doctor ya no estaba. El personal de información (...) lo llamó por teléfono y me lo pasaron, diciéndome que tenía un problema de circulación en las piernas y que había que ingresarlo para observarlo mejor.

(...).

TERCERO.- El lunes, 5 de junio, mi padre seguía en Urgencias, hasta las 19:00 horas en que le subieron a planta (...) sin que en todo el día fuera visitado por alguien del Servicio.

CUARTO.- El martes 6 de junio (...) a las 13:00 horas le comunican a mi hermano que había que esperar un diagnóstico.

QUINTO.- El miércoles, 7 de junio, seguimos sin saber nada. A las 20:00 horas nos encontrábamos en la habitación de mi padre (...) cuando le entró un mareo, faltándole el aire. Tras avisar al personal de planta, nos hicieron abandonar la habitación. Al entrar de nuevo comprobamos que le habían colocado oxígeno.

Por fin un médico nos da un diagnóstico; posiblemente tiene un trombo a la altura del pulmón pero hay que esperar hasta el día siguiente para hacerle unas pruebas.

El médico nos dijo que no aseguraba que fuera un trombo, pero que ante la duda le iban a poner heparina, lo que suponía un riesgo de hemorragia interna y era su deber comunicarlo. También nos dijo que si al final no resultaba ser un trombo le retiraban la heparina.

Esa noche la pasó mi hermano con mi padre, que no paraba de quejarse del pecho y le dolían las piernas. Se movía mucho y se le rompió la cinta de la mascarilla de oxígeno.

(...).

SEXTO.- El jueves 8 de junio (...) se presenta una doctora y nos dice que no es un trombo, que todo estaba normal, que estaba respondiendo bien al tratamiento, que le iban a retirar la heparina y que le iban a repetir unas placas para asegurarse de que realmente existía el trombo.

Aproximadamente a las 17:00 horas, mi padre se vuelve a marear y no puede respirar. A partir de ahí todo es un ir y venir de médicos, sacándonos de la habitación. Un médico sale y dice que ha visto en una placa que una pared del corazón está dañada y que no pintaba muy bien (es la primera vez que escuchamos palabra corazón en el diagnóstico de mi padre). Suben médicos de coronaria y preguntan por su historial, del que «nadie sabe nada». Entre los cardiólogos se encuentra el Dr. V. (cardiólogo que lo ha llevado en diversas ocasiones) y fue entonces cuando dijo que era paciente suyo y que su historial estaba en el Hospital ya que es donde lo han llevado siempre.

Como por arte de magia, aparece el historial de mi padre, lo que nos da que pensar que lo habían consultado antes.

El Dr. V. nos dice que se lo baja a Coronaria (...) para tenerlo más controlado (...).

Una vez en Coronaria nos vuelven a llamar para hablar, nos dicen que tenía una angina de pecho con una arteria obstruida, pero que lo tenían estabilizado (...). Su intención era poner un catéter, pero era imposible porque ya no había circulación en las piernas, tampoco en las manos, pues se le habían obstruido las arterias.

Nos dijo que quería entrar directamente (habló con varios cirujanos) pero le dijeron que no, puesto que le habían administrado heparina y era muy arriesgado. En ese momento se dio cuenta que mi padre tenía cita el día 14 de junio con el cardiólogo y el 23 con Cirugía Cardiovascular para ponerle un by-pass.

A las 20:00 horas nos vuelven a llamar a los hijos y nos dice que mi padre ha sufrido una parada, que le han vuelto a reanimar, pero que ya está con ventilación asistida y está inconsciente. Ya no hay nada que hacer. Mi padre ha fallecido”.

Los reclamantes solicitan una indemnización de 200.000 euros por los daños y perjuicios sufridos, incluidos los daños morales padecidos y la angustia pasada en esos días ante la mala asistencia recibida por parte del Servicio Canario de la Salud (SCS) que determinó, en su opinión, el fallecimiento de su padre.

2. Sobre este asunto este Consejo ya emitió el Dictamen 481/2012, de 18 de octubre, en el que se concluyó en la improcedencia de entrar en el fondo del asunto planteado, al estimar preciso que se completara la instrucción del procedimiento mediante la emisión de informe por especialista en Cardiología, en tanto que especialidad médica relativa a las dolencias del paciente, a la vista de sus antecedentes, síntomas y diagnóstico de ingreso.

Se estimó precisa la información complementaria de dicho especialista sobre los siguientes extremos:

- Conocidos los antecedentes de padecimientos coronario e isquémicos del paciente, si era previsible la compatibilidad entre el Síndrome de Lariche y la ICI finalmente detectada y el posterior SICA, especialmente dados sus síntomas al ingresar.

- Justamente, habida cuenta de éstos, como imposibilidad para caminar durante varios días previos a acudir al Servicio de Urgencias, y teniendo en cuenta los antecedentes, la pertinencia de arteriografía urgente, en orden a controlar al menos que el síndrome evolucionara o provocara ICI o SICA, en caso de no coexistir al ingreso.

- Conexión entre un eventual TEP y el ICI o, al menos, compatibilidad de los síntomas de uno y otro, procediendo, debido a la patología cardiaca básica y episodios de isquemia, ante la disnea aparecida en añadidura a los síntomas iniciales, la inmediata realización de pruebas diagnósticas específicas y, aun, tratamiento preventivo desde ese momento, y no cuando por fin se detecta el ICI al día siguiente, con resultado negativo por tardíos.

III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, en el expediente resultan acreditados la siguiente secuencia de hechos:

- El paciente fue diagnosticado y tratado con anterioridad a la asistencia que motiva la reclamación en el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Canarias (HUC), donde el día 12 de abril de 2000 se realizó una angioplastia coronaria transluminal percutánea sobre coronaria derecha mediante implante de un stent intracoronario, con buen resultado y sin complicaciones.

- Los últimos controles que constan en su historia clínica del Centro de Atención Especializada (CAE) son de fechas 18 de abril de 2004 ("estable. Grado funcional I. No insuficiencia cardiaca. Control en 10 meses") y 22 de junio de 2005 ("Estable. Probable síndrome de claudicación intermitente. Control en un año"), en el que se cita para realización de electrocardiograma en fecha 14 de junio de 2006.

- El 25 de julio de 2005 su médico de Atención Primaria cursa interconsulta a cirugía general del CAE, por claudicación intermitente. Es valorado un mes después por el cirujano, quien solicita doppler arterial de miembro inferior izquierdo. Esta técnica es realizada el 7 de noviembre del mismo año, con hallazgos de ateromatosis significativa con flujo presente en femoral común y se pauta tratamiento.

- El 23 de febrero de 2006 acude nuevamente a control de cirujano en el CAE, quien solicita con carácter ordinario consulta a Cirugía Vasculardel HUC, que queda fijada para el día 23 de junio de 2006.

- Sin embargo, antes de que acudiera a la consulta, el 3 de junio de 2006 acude al Servicio de Urgencias del HUC por presentar imposibilidad para caminar de varios días de evolución, con hormigueo en miembros inferiores y en zona gemelar de miembro inferior derecho. La situación clínica que presenta es valorada por especialista en Angiología y Cirugía Vasculardel guardia como isquemia arterial crónica Grado IIb-III (Síndrome de Leriche), ordenando su ingreso para estudio y tratamiento.

- El paciente permaneció en la zona de urgencias del HUC hasta que hubo posibilidad de adjudicarle una cama, lo que ocurrió en la tarde del 5 de junio. Consta anotación en la historia clínica al día siguiente que indica que el paciente se encuentra estable y pendiente de arteriografía.

- Alrededor de las 20,00 horas del día 7 de junio presenta cuadro de dificultad respiratoria y es avisado el cirujano vascular, quien ordena la práctica de electrocardiograma, gasometría y aviso a Especialista en Medicina Interna. Este

último facultativo, ante sospecha clínica de tromboembolismo pulmonar (TEP) pauta tratamiento y medidas de control horario, monitorización.

- El 8 de junio de 2006 se practica a primera hora gammagrafía, de la que se deduce que es poco probable la existencia de un TEP.

- Este mismo día, a las 16 horas, es cuando surge un cuadro relacionado con isquemia coronaria SICA, que evoluciona a shock cardiogénico y *exitus*.

2. Los reclamantes sostienen que la asistencia prestada a su padre fue inadecuada al no haberse adoptado las medidas adecuadas ante los síntomas presentados. En este sentido, centran las alegaciones presentadas en las siguientes consideraciones:

- En el Servicio de Urgencias se tardó en prestar atención médica al paciente y asimismo se tardó en diagnosticar su patología y ser evaluado por el especialista correspondiente.

- No se recabó la historia clínica del paciente hasta el quinto día de su ingreso, ocasionando esa omisión un error de diagnóstico cuando el paciente sufre el primer episodio de dificultad respiratoria, que se interpreta como un posible tromboembolismo pulmonar, lo que a su vez provocó un error de tratamiento al pautarse heparina, se hizo imposible intervenirle mediante cirugía torácica debido al riesgo de hemorragia interna subsiguiente eliminándose así la adopción de la última medida terapéutica que podría haber salvado la vida del paciente.

La Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada al considerar que se actuó con la diligencia debida, prestando en todo momento al paciente las atenciones requeridas en función de sus síntomas y estado, con realización de las pruebas pertinentes en tiempo y forma, por lo que no existió error de diagnóstico. Así, el fallecimiento del paciente no guarda relación con la patología que originó su ingreso, sino que se produce al sufrir un cuadro de isquemia coronaria, que evoluciona a shock cardiogénico, sin poderse evitar pese a ser tratado debidamente.

3. En este asunto han de distinguirse, pues, las distintas cuestiones que constituyen objeto de la reclamación en orden a determinar la concurrencia o no de los requisitos legalmente exigidos para que proceda declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, como ya dijimos en nuestro anterior Dictamen 481/2012, y cuyas conclusiones ahora reproducimos en lo que se refiere a las dos primeras. Señalábamos entonces y reiteramos ahora las siguientes consideraciones:

“- Los reclamantes alegan, en primer lugar, que en el Servicio de Urgencias se tardó en prestar atención médica al paciente y asimismo se tardó en diagnosticar su patología y ser evaluado por el especialista correspondiente.

A este respecto consta acreditado en el expediente que el paciente fue evaluado en este Servicio el día 3 de junio, constando como hora de entrada las 19:21 y fue atendido alrededor de las 22:30 horas. En ese momento el médico adjunto de Urgencias solicitó las pruebas oportunas para llegar al diagnóstico del paciente, analítica de sangre y radiografía, que no mostraron signos de gravedad o anomalía y se exploró al paciente, haciendo constar en la historia que «no palpo pulsos pedios. No palpo pulsos femorales. No cambios temperatura, color en ambos MMII (...) frialdad», por lo que alcanzó el diagnóstico de isquemia arterial crónica en miembro inferior izquierdo reagudizada y solicitó valoración por cirujano vascular. En este mismo momento se inicia tratamiento de la isquemia citada mediante la administración por parte de los médicos de urgencia de medicación específica para la misma (Hemovas y Lofton intravenosos), además de un protector gástrico y la medicación que el paciente tomaba habitualmente.

El cirujano vascular de guardia localizada acudió a verlo el 4 de junio y valora su situación clínica como isquemia arterial crónica Grado IIb-III (Síndrome de Leriche), ordenando su ingreso para estudio y tratamiento.

El paciente finalmente permaneció en la zona de urgencias del HUC hasta que hubo posibilidad de adjudicarle una cama, lo que ocurrió en la tarde del 5 de junio.

En contra de lo que afirman los reclamantes, a la vista de estos hechos procede señalar que no se aprecia la falta de atención que alegan, pues el paciente fue valorado inicialmente por el médico de Urgencias, que pautó las pruebas que consideró procedentes e instauró tratamiento y solicitó valoración por el Servicio de Cirugía Vascular, acudiendo el correspondiente facultativo de guardia que decidió su ingreso.

De acuerdo con los informes médicos obrantes en el expediente, la enfermedad que motivó el ingreso del paciente (Síndrome de Leriche) corresponde a una enfermedad de instauración lenta y progresiva relacionada con la arteriosclerosis que cursa con trombosis paulatina aortoiliaca bilateral y produce dolor al caminar, impotencia funcional de miembros inferiores e impotencia sexual, detectándose además la ausencia de pulsos femorales. Se trata además de una patología que no requiere tratamiento de emergencia, salvo que el paciente sufra parálisis completa

de miembros inferiores -algo que no ocurría en el paciente- y cuyo medio diagnóstico adecuado es la arteriografía de miembros inferiores, que en el caso del paciente se solicitó una vez ingresado y tras valorar que no precisaba ser intervenido de urgencia. El paciente recibió atención adecuada, teniendo en cuenta los síntomas padecidos.

No consta por otra parte en la historia clínica que el paciente mostrara durante su permanencia en el Servicio de Urgencias otros síntomas que los ya relatados que hicieran sospechar otra patología o que se apreciara un empeoramiento de su estado.

- Por lo que se refiere a la historia clínica, informa el Jefe de Sección de Angiología y Cirugía Vascular que la historia antigua del paciente se solicita al Archivo de forma habitual por el personal de enfermería de la planta a la que sube el paciente en el momento del ingreso y se cursa en horario de mañana, por lo que en este caso se debió solicitar el día 6 de junio y se encontraba en la planta. Ello justifica, indica, que apareciera «como por arte de magia» al solicitarla los cardiólogos y explica también las exhaustivas anotaciones sobre los antecedentes personales del paciente por parte del médico internista de guardia que evaluó al paciente en la tarde del 7 de junio.

Por otra parte, la anotación en la historia clínica el día 8 de junio como «pendiente de historiar» a la que aluden los reclamantes, no significa, añade el citado facultativo, que no se contara con la historia clínica, sino que es una anotación realizada por enfermería de Coronarias en el momento de llegada del paciente procedente del Servicio de Cirugía Vascular”.

4. En relación con los argumentos de los reclamantes antes descritos, procede señalar que en la mañana del día 6 de junio el paciente se encontraba “estable y pendiente de arteriografía”, de acuerdo con la anotación médica. Esta situación estable se comprueba asimismo en las anotaciones de enfermería correspondientes a las 14:28 horas (“estable durante la mañana; comienza con tolerancia progresiva) y a las 21:21 (“progresa sin problemas; resto sin incidencias”) del mismo día 6 y en la mañana del día 7 (“buena tolerancia; sentado en la mañana; puesta analgesia prescrita”).

Fue en la tarde del 7 de junio, alrededor de las 20:00 horas, cuando el paciente, de repente, presenta dificultad respiratoria (disnea brusca con intolerancia al decúbito), ordenándose en ese momento la realización de un electrocardiograma y la extracción de una muestra de sangre para analítica, a la vez que se comunicó por vía

telefónica con el Servicio de Medicina Interna de guardia ante la sospecha de una crisis de origen cardiaco/respiratorio. Valorado por un facultativo de este Servicio se anota en la historia clínica que "el paciente refiere haber presentado episodio brusco de disnea intensa, sin dolor, que le obliga a incorporarse de forma brusca en dos ocasiones, con sensación de cansancio. No refiere dolor tx (torácico) ni vegetativo acompañante". Ante la sospecha clínica de tromboembolismo pulmonar (TEP) este facultativo solicita electrocardiograma, radiografía de tórax, analítica (gasometría arterial y dímero D) y se coloca perfusión de heparina sódica.

A la mañana siguiente se realiza a primera hora la gammagrafía solicitada y, ante la baja probabilidad de TEP se le retira la perfusión de heparina y se anota como juicio diagnóstico insuficiencia cardiaca izquierda.

Finalmente, alrededor de las 16:00 horas de este mismo día 8 se avisa al Servicio de Cardiología por encontrarse el paciente hipotenso, sudoroso y dolor centrotorácico de características isquémicas, por lo que se decide su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos de Cardiología bajo el diagnóstico de síndrome isquémico coronario agudo (SICA) e ICI, además de Síndrome de Leriche, falleciendo el mismo día.

Los informes médicos obrantes en el expediente correspondientes a los Servicios de Medicina Interna y de Cirugía Vasculat, así como el informe del Servicio de Inspección, coinciden en afirmar que el diagnóstico inicial de sospecha de TEP (tromboembolismo pulmonar) se considera correcto a la vista de los síntomas apreciados, sin mencionar el paciente dolor torácico ni vegetativo acompañante, no existiendo sugerencia de que tales síntomas tuvieran origen cardíaco. Se pautó por ello la prueba adecuada para confirmar el posible TEP y la administración de heparina sódica, adecuada al caso. Estiman pues estos informes que, teniendo en cuenta los síntomas aludidos, no existió error de diagnóstico ni de tratamiento y que el paciente falleció debido al cuadro relacionado con isquemia coronaria SICA, que sólo aparece a las 16 horas del día 8 de junio, evolucionando por su gravedad y no posible contención, en el estado actual de la ciencia médica, a shock cardiogénico y muerte.

Por otra parte, en relación con la alegación de los reclamantes acerca de que la administración de heparina impidió la práctica de una intervención quirúrgica, no existe justificación al respecto en la historia clínica, en la que no se alude en ningún momento a esta circunstancia, ni en los informes médicos citados, que indican sobre

este extremo que la heparina dispone de un antídoto casi inmediato (sulfato de protamina) para utilizar en caso de necesidad de intervención de emergencia, desconociéndose por lo demás a qué cirugía se refieren los pacientes en sus alegaciones.

5. Con fundamento en estos informes la Propuesta de Resolución objeto del Dictamen 481/2012, ya citado, desestimó la reclamación por las razones indicadas, que se reitera en la emitida posteriormente, completada la instrucción, que lo es del presente Dictamen, a la vista particularmente del informe emitido por el especialista en Cardiología en relación con las cuestiones planteadas por este Organismo que se expresaron antes, así como del informe complementario que también emite el Servicio de Inspección.

Concretamente, el citado especialista informa:

- Aun conociendo los antecedentes de padecimiento coronarios isquémicos del paciente, no es posible establecer una relación directa entre el Síndrome de Leriche y la ICI finalmente detectada y el posterior SICA.

- Del anterior comentario se desprende que la realización de una arteriografía urgente y su resultado no tendría ninguna utilidad para prevenir o sospechar una futura evolución clínica del paciente con ICI o SICA.

- La aparición de disnea brusca puede ser provocada por un TEP (tromboembolismo pulmonar) o también por una ICI. En este paciente se descartó la primera posibilidad tras la realización de pruebas diagnósticas específicas y se consideró entonces que se trataba de una ICI, planificándose en ese momento la realización de nuevos estudios e instaurándose tratamiento concreto (diuréticos). A las pocas horas de esta situación, el paciente presentó un empeoramiento brusco y grave que motivó su traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios, donde finalmente fallece 4 horas después de su ingreso.

Concluye por ello que el examen del expediente pone de manifiesto que las actuaciones diagnósticas y de tratamiento del equipo médico fueron correctas. Lo que apoya el Servicio de Inspección; a posteriori y una vez que se conoce el diagnóstico de una patología, siempre se podría aducir qué pruebas se podrían haber solicitado, no se justifica su solicitud cuando no existen síntomas que indiquen o hagan sospechar la patología que posteriormente resulta existente; sin poderse tampoco realizar todas las posibles de manera sistematizada, de manera que, en este

caso y en función de los síntomas emergentes y los juicios clínicos sucesivos, se utilizaron todos los medios diagnósticos y terapéuticos acordes a la *lex artis*.

6. Sin embargo, la mera lectura del informe emitido por el especialista, sin evitarlo o subsanarlo el complementario del Servicio de Inspección, permite advertir que no se da cumplida respuesta a las cuestiones que este Organismo consideró imprescindible resolver en orden tanto a estar en condiciones de pronunciarse sobre el fondo del asunto, como para considerar en todo caso conforme a Derecho la desestimación propuesta o, si se prefiere, el alegato justificativo de correcta prestación del servicio sanitario, en los términos al respecto reiteradamente señalados en la doctrina del Consejo Consultivo y, esencialmente, la de los Tribunales.

Así, los informes manifiestan que la patología que motivó el ingreso del paciente no tiene relación directa con el SICA finalmente padecido y, en consecuencia, que la práctica de una arteriografía urgente no hubiese tenido incidencia alguna en orden al diagnóstico de ICI, con evolución a SICA, existente luego.

En efecto, nada se aduce sobre la conexión entre TEP y el ICI o, al menos, compatibilidad de los síntomas de uno y otro, que exigieran la inmediata realización de pruebas diagnósticas específicas y, aun, tratamiento preventivo desde ese momento para ambas patologías. Es más, se reconoce que algún síntoma, cual es la disnea brusca, puede ser provocada por ICI, por lo que procede pronunciamiento al respecto, así como, de ser cierto, el motivo de sólo realizarse pruebas para el TEP y no para la ICI, máxime con los antecedentes cardiológico del paciente, e incluso inmediatos.

En este sentido, se dice que no hay conexión directa, pero no se niega que, dados los síntomas y los antecedentes, pueda sospecharse alguna relación o la posibilidad de ICI, especialmente al poderse confirmar con un síntoma compatible concreto, sin justificarse, pues, la realización de pruebas y tratamiento para el TEP únicamente y no para ICI, sobre todo conocida la presente isquemia del paciente y que tuvo problemas coronarios relevantes.

En esta línea, también ha de explicarse la conexión, cuanto menos, entre ICI y SICA, en el sentido de que, efectuadas como mínimo las pruebas para confirmar la primera dolencia, por las razones ya expresadas, su detección inmediata o más temprana, con el tratamiento oportuno, hubiera solucionado el problema o evitado

su evolución a SICA o, en fin, que éste fuera de tal importancia que no pudiera contenerse y se produjera el *exitus*.

Todas estas cuestiones, aún sin resolver, se estiman de necesaria solución a los efectos antes reseñados, de manera que es preciso recabar nuevo informe complementario a los fines indicados.

Una vez elaborado este informe, procede la concesión de un nuevo trámite de audiencia a los interesados y la elaboración de una nueva PR que habrá de ser dictaminada por este Consejo.

C O N C L U S I Ó N

No procede entrar en el fondo del asunto planteado, debiendo efectuarse las actuaciones referidas en el Fundamento III.4, con solicitud finalmente de Dictamen sobre la Propuesta de Resolución que, consecuentemente, se formule.