

Expediente Núm. 9/2011
Dictamen Núm. 218/2011

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón
Jiménez Blanco, Pilar

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 2 de junio de 2011, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 4 de enero de 2011, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos a consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 18 de marzo de 2010, la esposa y la hija del perjudicado presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos a consecuencia de la, a su juicio, deficiente asistencia sanitaria recibida por su esposo y padre en el Hospital, que provocó su fallecimiento.

Inician su relato refiriendo que el perjudicado, de 80 años de edad, acude a finales de julio de 2009 “a consulta ambulatoria con molestias en la base de la boca”, desde donde le derivan “a la Consulta de Maxilofacial del Hospital”.

En dicho hospital le realizan una biopsia y, el día 24 de julio le comunican el diagnóstico de “carcinoma epidermoide en suelo oral”; la facultativa fija para el día 12 de agosto la intervención quirúrgica en la que le extirparán “el tumor y los ganglios del cuello y le entrega el consentimiento informado de cirugía de tumores de cabeza y cuello”. El paciente, “sin información de otra alternativa”, firma el consentimiento ese mismo día. El día 30 de julio, le hacen un escáner cuyo resultado, afirman las reclamantes, no se comunica a la familia, que no lo conocerá hasta “después de su fallecimiento”. Dicho resultado indica que “el tumor es de 15 mm, que no se aprecian afectaciones y que está en estadio I”, circunstancias que no pudieron ser tenidas en cuenta por la facultativa que el día 24 de julio ya había decidido la fecha de la intervención quirúrgica.

Siguen refiriendo que la citada intervención se practica el día 12 de agosto de 2009, tras la cual el paciente es trasladado “a la planta de Traumatología”, sin recibir asistencia de médicos de guardia de Cirugía Maxilofacial a pesar de su agitación y sus dificultades para respirar y, añaden que aunque “el personal de la planta intenta cooperar (...) era notorio su desconocimiento en estos casos”. El día 14 de agosto es visitado por la facultativa de Cirugía Maxilofacial, que le retira “la venda que tenía colocada en el cuello”, por lo que el paciente “comienza a respirar sin dificultad, disminuye el ruido causado por la respiración y recupera el color de la piel”, e informa a la familia de que “no había señales de hemorragia y que estaba bien”. Sin embargo el mismo día “por la mañana”, el paciente presenta “un cuadro momentáneo de inconsciencia”, le hacen un ECG y le diagnostican “isquemia coronaria severa”, volviendo a repetirse ese mismo día por la tarde “un segundo cuadro de inconsciencia”, sin que “tres horas más tarde” hubiera recibido “asistencia médica y sin conocer el resultado del segundo electro”. Añade el escrito que “después de las dos isquemias sufridas el cardiólogo nos informó que padecía una estrechez en la aorta y que la medicación indicada en estos casos era incompatible para un paciente operado

de maxilofacial pues podría provocarle una hemorragia" y decide trasladarlo a la planta de Cardiología "para que estuviera controlado y monitorizado". A las cuatro de la madrugada del día 15 de agosto, "se puso muy agitado (...), vino una enfermera y dijo que le iba a poner algo para el dolor de cabeza porque la medicación que estaba tomando producía ese efecto. Aunque el enfermo insistió en que no le dolía la cabeza (...), le suministró medicación", tras lo cual el paciente falleció.

Consideran las reclamantes que los facultativos de Cirugía Maxilofacial "no se tomaron el tiempo necesario para dar la información al paciente y a sus familiares de su diagnóstico y así darles alternativas y la posibilidad de elección", teniendo en cuenta que "el tumor era de menos de 2 cm (...), no había indicios de metástasis y (...) estaba en estadio I"; asimismo, decidieron "someterlo a un vaciamiento cervical sin tener en cuenta su mal estado general", pues "su salud estaba muy debilitada, por el tratamiento continuado durante años de un cáncer de próstata y por su edad (...), ignorando los medios de diagnóstico" y ofreciendo a la firma del paciente "el consentimiento informado (...) antes de tener todos los resultados", a lo que se añade la deficiente atención que el perjudicado soportó durante el posoperatorio, lo que "agravó su estado"; así, el cirujano de Maxilofacial "no estaba de guardia y no fue avisado", "el personal de enfermería de la planta de Traumatología carecía de los mínimos conocimientos especializados para estos casos y no llamaron al médico". En ningún momento se planteó la posibilidad de que el paciente fuera derivado para ser "operado en un centro que le pudiera ofrecer una atención de calidad (...), que le hubiera evitado los daños que le ocasionaron y que agravaron su estado hasta provocar su fallecimiento", pues ni el paciente ni su familia fueron informados que "el Hospital carece de Servicio de Cirugía Maxilofacial con personal preparado (...), reduciendo sus posibilidades de supervivencia ante cualquier complicación".

Finalmente, afirman que el informe emitido tras el fallecimiento del perjudicado "no especifica la causa" del mismo y, contiene imprecisiones y errores, pues dice que "el paciente permanece asintomático", a pesar de que "durante los días 13 y 14 (de agosto) padeció (...) taquicardias, sudores,

imposibilidad de respirar, ojos desorbitados, falta de color en la piel, hinchazón del abdomen, intranquilidad, 48 horas sin dormir (...) que fueron comunicados en todo momento al control y que nadie atendió”.

Solicitan una indemnización de ciento treinta mil euros (130.000 €) y que se incorpore la historia clínica del paciente al expediente.

2. Mediante escrito de fecha 25 de marzo de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a las reclamantes la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa. Asimismo, les requiere para que en el plazo “de diez días, a contar desde el día siguiente al del recibo de la presente notificación, para acreditar su condición de viuda e hija del perjudicado”.

3. Con fecha 30 de marzo de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita al Gerente del Hospital copia de la historia clínica del perjudicado, así como informe de los Servicios de Cirugía Maxilofacial y de Cardiología.

4. Constan en el expediente los documentos nacionales de identidad de las reclamantes, copia del Libro de Familia y certificación literal de defunción del perjudicado.

5. Con fecha 9 de abril de 2010, el Gerente del Hospital remite al Servicio instructor copia de la historia clínica del perjudicado.

6. Con fecha 14 de abril de 2010, el Gerente del Hospital remite al Servicio instructor copia del informe del Servicio de Cardiología.

En el mismo, de fecha 13 de abril de 2010, el Jefe del Servicio refiere que “con fecha 12-08-09 (el perjudicado) es intervenido por el Servicio de Cirugía Maxilofacial (...). Con fecha 14-08-09 sobre las 13:20 horas el paciente presenta

un episodio de pérdida de conciencia transitoria motivo por el que es visto por el Servicio de Cirugía Maxilofacial que (...) solicita consulta urgente a Cardiología./ El paciente no había presentado dolor precordial en ningún momento y se encontraba hemodinámicamente estable pero el ECG evidencia una isquemia subepicárdica no presente en el ECG preoperatorio, motivo por el que es diagnosticado de SCASEST de alto riesgo. Al tratarse de un paciente mayor con una operación reciente (...), dentro de las posibles alternativas terapéuticas se descarta la más agresiva de realización de coronariografía urgente para revascularización percutánea ya que ésta exigiría un tto antiagregante muy agresivo absolutamente contraindicado por una cirugía maxilofacial tan reciente. Se decide por lo tanto tto. conservador con betabloqueantes, antiagregantes, perfusión de nitroglicerina iv y monitorización con telemetría./ A las 17:00 horas se realiza de forma programada extracción analítica urgente para valoración de marcadores miocárdicos y evolución del ECG. La troponina I en ese momento presentaba un valor de 4,70 lo que confirma el daño miocárdico y el diagnóstico inicial de SCASEST, no presentando nuevas alteraciones ni modificaciones del ECG previo./ De las anotaciones de la enfermería de planta de hospitalización no hay evidencia de nuevo episodio cardiológico ni de inestabilidad o alteraciones hemodinámicas del paciente. El paciente es visitado a lo largo de la tarde por el cardiólogo de guardia que (...) informa a la familia de forma detallada de las causas del síndrome coronario y de su pronóstico./ El traslado a la planta de Cardiología se realiza para garantizar un control mejor del paciente (...). Sobre las 00:00 horas del día 15, el cardiólogo de guardia es informado verbalmente por la enfermería de planta de hospitalización de Cardiología de que el paciente continúa estable y asintomático y sobre las 4:00 horas presenta de forma súbita sin evidencia de inestabilidad hemodinámica, ni ningún tipo de arritmia previo en la telemetría un cuadro de asistolia precedido de vómitos en posos de café”.

Concluye el informe diciendo que se trata de “un paciente mayor con una cirugía de cáncer reciente que presenta un SCASEST que de por sí tiene una mortalidad hospitalaria entre un 5 y un 10% (...), que presenta un cuadro de muerte súbita sin arritmias previas, que aunque pudiera estar en relación con su

patología coronaria no se descartan otras causas, como sangrado digestivo./ Se solicitó a la familia autorización para (...) autopsia, que fue denegada”.

7. Con fecha 16 de abril de 2010, el Gerente del Hospital remite al Servicio instructor copia del informe del Servicio de Cirugía Maxilofacial.

En el mismo, de fecha 14 de abril de 2010, se refiere que el paciente “acudió el 14 de julio a las Consultas Externas de Cirugía Maxilofacial para valoración y tratamiento de una lesión en suelo oral derecho. (...), se realizó de manera inmediata una biopsia (...) La palpación cervical no reveló la presencia de adenomegalias (...). El estudio anatomopatológico confirmó que se trataba de un carcinoma epidermoide bien diferenciado infiltrante. Se solicitaron todos los estudios preoperatorios así como una Tomografía Computarizada (TC) cervical preferente./ Se informó a la familia de que el tratamiento, de no mostrar el TC cervical adenopatías metastásicas, sería la exéresis de la tumoración y vaciamiento cervical supraomohiideo profiláctico, tratamiento considerado el habitual para hacer frente a este tipo de carcinomas en estadios en los que no existen adenopatías metastásicas cervicales. Este tratamiento es el mínimo gesto quirúrgico aplicable a este tipo de lesiones. Se explicaron los riesgos y se entregó el consentimiento informado propuesto y validado por la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial, que fue firmado por el paciente (...). El TC cervical, realizado el 30 de julio, no mostró la presencia de adenomegalias en rango patológico descartando así mismo afectación mandibular. El tumor fue estudiado definitivamente como Estadio I manteniéndose el tratamiento planificado inicialmente (...). Antes de ser sometido a la cirugía el paciente y toda su analítica y pruebas sistémicas fueron evaluadas por un especialista en Anestesiología, quién no objetivó contraindicación para la realización de la intervención./ El día 12 de agosto se realizó la intervención (...) sin complicaciones. El paciente fue evaluado diariamente siendo su evolución locorregional favorable.

Sigue diciendo que “el número de teléfono personal del cirujano constaba como número de referencia en las órdenes médicas desde su ingreso” y que el

personal sabe que “los facultativos de este servicio están disponibles durante el ingreso de sus pacientes, siendo práctica habitual ante cualquier urgencia relacionada con los pacientes ingresados, ponerse en contacto con el cirujano (...) en cualquier momento del día o de la noche./ El día 14 de agosto en torno a las 13:30 horas el supervisor de la planta avisa porque el enfermo había sufrido una pérdida de conocimiento. Se acudió de manera inmediata a evaluar al paciente, que ya se había recuperado y se hallaba totalmente consciente, orientado y colaborador, sin referir dolor ni sintomatología alguna. En todo caso y al objeto de diagnosticar el origen de su pérdida de conciencia se realizó de manera inmediata un electrocardiograma, que fue valorado en el mismo momento por el Servicio de Cardiología. El cardiólogo de guardia diagnosticó, de forma inmediata, un accidente coronario agudo. En este momento el paciente continuaba asintomático. Por parte del especialista en cardiología consideró oportuno el traslado a su planta de hospitalización en cuanto fuera posible (...). El sábado 15 de agosto acudí a evaluar el estado del paciente en torno a las 9:30 horas, y el cardiólogo de guardia me comunicó que (...) había fallecido de madrugada”.

8. Con fecha 22 de abril de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, describe los hechos y procede a su valoración: “Son inciertas las razones en las que las actantes fundamentan su reclamación, pues la información suministrada al perjudicado y a su familia fue completa; porque no existían alternativas terapéuticas para un tumor en estadio I distintas a la adoptada; porque la decisión de operar se tomó a sabiendas del estado del paciente y conociendo que no había ninguna causa que lo contraindicase y, porque se adoptó teniendo en cuenta los resultados de todos los estudios practicados, incluido el escáner cervical; porque el personal de enfermería está familiarizado en la atención de este tipo de enfermos y la facultativo responsable aunque no realiza guardias de presencia física está localizada de forma permanente para acudir al hospital ante cualquier incidencia que pueda presentarse; porque no

hubo alta o déficit asistencial en ningún momento, ni descontrol en la administración de la medicación; porque de ningún modo se ignoraron las quejas del paciente, consignándose en la historia la existencia de estridor respiratorio, no así supuestas alteraciones del ritmo, que en ningún momento (...) sufrió; porque la medicación administrada momentos antes del fallecimiento no era para el dolor de cabeza, sino que se trataba de un vasodilatador coronario pautado en órdenes médicas; y, finalmente, porque no se ha acreditado documentalmente la existencia de un segundo episodio de isquemia”.

Considera que “la actuación de cuantos profesionales han intervenido en la asistencia (...) ha sido correcta y conforme con los criterios definitorios de la lex artis, tanto en lo que al acto quirúrgico se refiere como en la asistencia postoperatoria y en el manejo de las complicaciones coronarias aparecidas posteriormente”, por lo que “en modo alguno cabe culpabilizar al personal sanitario del fallecimiento (...), que se debió a la alta letalidad de la patología coronaria que presentaba y que desde su comienzo evolucionó de forma larvada, sin evidencia de sintomatología alguna que hiciera presagiar tan fatal desenlace, desenlace que sobrevino de forma súbita e inesperada y, en consecuencia, imposible de prevenir o evitar”.

9. Mediante escritos de 27 de abril de 2010, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

10. Con fecha 29 de abril de 2010, el Gerente del Hospital remite al Servicio instructor copia de dos informes obrantes en el Servicio de Atención al Usuario.

Uno de ellos, de fecha 5 de febrero de 2010, de una enfermera de la planta de Cardiología que refiere que “la noche del 14 de agosto de 2009 (...) hacia las 4 de la madrugada, se me avisa de que el paciente (...) está peor, tras lo cual me dirijo a la habitación (...) encontrando al paciente sudoroso y tras comprobar que se encontraba afebril, pregunto al paciente qué es lo que ocurre, a lo que él mismo me responde que tiene flemas; (...) comento al familiar que le

dé pequeños sorbos de agua, tras lo cual administro 1 gramo de paracetamol endovenoso./ Poco tiempo más tarde el familiar (...) me dice que lo encuentra peor y me pide que llame al médico (...). Mientras estoy llamando al facultativo de guardia, se me dice que vaya corriendo, que está inconsciente, comprobando al llegar a la habitación que el paciente no responde a ningún estímulo y no objetivando signos vitales (...). El médico llegó en ese momento y constató el fallecimiento./ Tras estos hechos procedimos a comprobar los datos registrados por la telemetría que portaba el paciente, no encontrando ningún registro anómalo en las horas ni minutos previos a la muerte”.

El segundo informe, de fecha 8 de febrero de 2010, suscrito por el Supervisor de la 4ª planta impar refiere que “en la mañana del viernes 14-08-2009 nos avisa la familia del paciente (...), que se encuentra mal, se acude inmediatamente a la habitación comprobando que el paciente se encuentra en estado de semiinconsciencia, se avisa al médico de Cirugía Maxilofacial y se lleva el carro de paradas a la habitación, el paciente va recuperándose respondiendo en poco tiempo a estímulos verbales, se hace ECG y analítica y se consulta con Cardiología que tras valorar el estado del paciente pauta tratamiento que iniciamos de inmediato./ Respecto a lo sucedido en las tardes del 13 y 14 de agosto de 2009, me es imposible recabar más información de lo que está escrito en la hoja de enfermería ya que la enfermera de esos días en los turnos de tarde no trabaja actualmente en el servicio”.

11. Con fecha 5 de mayo de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite un informe complementario en el que refiere que “se cometió un error en el apartado 10 del epígrafe que lleva por título Valoración del caso (folio nº 8) al señalar que a las 4:00 horas del día 15 de agosto de 2009 se le había administrado nitroglicerina intravenosa (...). No fue así ya que, según informe de la enfermera de la planta (...) de Cardiología encargada del enfermo que se incorpora al expediente, a esa hora lo que se le administró al paciente fue 1 gramo de paracetamol intravenoso (...), circunstancia (que) no modifica en nada las conclusiones del informe técnico ni el sentido del mismo”.

12. Mediante escritos de 6 de mayo de 2010, se remite copia del “informe complementario” a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y de la nueva documentación incorporada al expediente a la correduría de seguros.

13. Mediante escrito de fecha 6 de octubre de 2010, se comunica a las reclamantes la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el procedimiento. El día 20 de octubre una de las reclamantes se presenta en las dependencias administrativas y obtiene una copia del mismo compuesto por doscientos cinco (205) folios, según hace constar en la diligencia extendida al efecto.

14. Con fecha 2 de noviembre de 2010, las reclamantes presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se reafirman en los términos del escrito inicial. Insisten en que el día 14 de agosto a las 17:00 horas, el perjudicado sufre un “segundo episodio coronario (...)”, acude la enfermera y realiza lo programado, un ECG y extracción de sangre para valorar la troponina I, que da un resultado muy elevado de 4,70 (...) (alto riesgo). Es entonces cuando la enfermera anota (hoja 43) analítica urgente, después del segundo episodio. Se reclama la presencia del médico en varias ocasiones y no aparece. Ante nuestra insistencia por el mal estado del paciente (...), lo fueron a buscar (...) y entonces se presentó (...) (a las 20:30 horas), tres horas y media más tarde del segundo episodio”. El cardiólogo “nos informa de la gravedad de lo ocurrido. Le manifestamos nuestras quejas por el abandono y la falta de atención a que está siendo sometido en una situación de alto riesgo según el diagnóstico que ahora conocemos (hoja 26) y decide su traslado a la planta de cardiología y monitorización (hoja 40). Consideran las reclamantes que no se siguieron las “pautas y recomendaciones” de tratamiento para un paciente de alto riesgo por un episodio de síndrome coronario agudo sin elevación del ST. Asimismo afirman que “se le administran medicamentos contraindicados, según

los propios informes médicos (...) reconocen (...), contribuyendo así (...) a estrechar las posibilidades de supervivencia". Niegan que el paciente estuviera asintomático y sostienen que "la dificultad para respirar, sudoración, palpitaciones, intranquilidad, insomnio..., son síntomas de insuficiencia cardiaca, tal como se recoge en la literatura médica (...) y, así estuvo casi cuarenta y ocho horas hasta su fallecimiento".

Finalmente, manifiestan que "queda pendiente la información detallada de la enfermera que no informa porque ha cambiado de servicio, sobre los días 13 y 14 (de agosto)".

Adjuntan una publicación del Hospital, Área del Corazón, acerca del "Síndrome Coronario Agudo sin Elevación del ST".

15. Con fecha 26 de noviembre de 2010, el Gerente del Hospital remite al Servicio instructor un nuevo informe del Jefe del Servicio de Cardiología.

En el mismo, de fecha 26 de noviembre de 2010, refiere que tras la pérdida de conciencia del paciente "se diagnostica de SCASEST de alto riesgo y se programa una determinación urgente de troponina para unas horas después, concretamente a las 5 de la tarde (...), tiempo necesario para que se produzca una elevación significativa del marcador y confirmar el síndrome coronario agudo./ Una vez recibido el resultado de esta analítica se pone en conocimiento telefónicamente del cardiólogo de guardia que de esta manera confirma el diagnóstico y que por tanto no necesita cambios terapéuticos, no existiendo tal como manifiesta la familia un segundo episodio, ya que se trata de una determinación rutinaria que se efectúa por protocolo en estos pacientes".

Continúa refiriendo que en cuanto al tratamiento del SCASEST se realizó el seguimiento y protocolo recomendados por "las vías de práctica clínica adaptado a la circunstancia de este paciente, ya que no es lo mismo un SCA en un paciente que ingresa exclusivamente por este motivo que cuando se trata de un paciente de edad avanzada y con una cirugía oncológica compleja muy reciente", por lo que es trasladado a la planta de Cardiología donde "se procedió a monitorizarle" mediante telemetría.

En relación a la interacción “entre medicamentos como el Omeprazol y el Clopidogrel, existe una recomendación de la Agencia Española del Medicamento para evitar la asociación de forma prolongada (...), pero se trata solo de una recomendación (...) para ttos. de larga duración y que en cualquier caso se (...) debe valorar en cada caso ventajas e inconvenientes. Existen, además, diversas opiniones contrarias (se adjunta cita bibliográfica del American College of Cardiology). En cualquier caso, en este paciente, no se planteó el problema, ya que salvo una dosis de inicio de sólo 75 mg de Clopidogrel al valorar el riesgo importante de sangrado que presentaba el paciente tanto a través de la herida quirúrgica como otras posibilidades de sangrado, digestivo, con un riesgo superior al de la trombosis intravascular, se decidió mantener tto. antiagregante solamente con acetilsalicílico más las heparina subcutánea como medicación anticoagulante profiláctica de los pacientes quirúrgicos y que en este caso también era recomendable para su situación coronaria”.

Se remite a “los datos aportados por la Supervisora de enfermería de Cardiología tras conversación con las enfermeras que atendieron al paciente en la planta de Cardiología y la información directa del médico de guardia de Cardiología en ese día y así mismo la revisión exhaustiva de la historia clínica” para manifestar que entre el “episodio de las 13:30 horas que motivó el diagnóstico del paciente y (...) las 4:00 horas del día siguiente (...), en ningún caso hay referencias a inestabilidad clínica o hemodinámica del paciente” y concluye que “cuando se produjo el exitus no había presentado previamente ninguna arritmia en la telemetría ni deterioro hemodinámico por lo que en un ejercicio de transparencia y precisamente por las dudas en cuanto a la causa de su muerte se solicitó a la familia la autopsia, lo que demuestra además la confianza en que nuestro procedimiento había sido adecuado en todo momento”.

16. Con fecha 10 de diciembre de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En la misma, se afirma que “de la documentación obrante en el

expediente y de los informes emitidos por los servicios implicados, se desprende que la actuación de los profesionales que intervinieron en la asistencia del perjudicado ha sido correcta y conforme a la lex artis, tanto en lo que al acto quirúrgico se refiere como en la asistencia postoperatoria y en el manejo de las complicaciones coronarias aparecidas posteriormente; y que en modo alguno cabe culpabilizar al personal sanitario del fallecimiento de aquel, cuya causa se desconoce de forma fehaciente a falta de los hallazgos de la autopsia, pero que si ser derivara de la patología coronaria se debe a la alta letalidad de la misma, que evolucionó de forma larvada, sin sintomatología que hiciera presagiar tan fatal desenlace, que sobrevino de forma súbita e inesperada y, en consecuencia, imposible de prevenir o evitar”.

17. En este estado de tramitación, mediante escrito de 4 de enero de 2011, registrado de entrada el día 11 del mismo mes, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), están las interesadas activamente legitimadas para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que "En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas". En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 18 de marzo de 2010, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del paciente- el día 15 de agosto de 2009, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC y, en su desarrollo en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, y propuesta de resolución.

Sin embargo, por lo que atañe al trámite de audiencia y vista del expediente, establecido en el artículo 84 de la LRJPAC y desarrollado, para este procedimiento específico, en el artículo 11 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, hemos de señalar que no se ha cumplido en forma legal, dado que con posterioridad a su práctica se ha incorporado un nuevo informe de uno de los servicios responsables de la asistencia prestada -Cardiología-, de fecha 26 de noviembre de 2010, en respuesta a las alegaciones presentadas por las interesadas el día 2 del mismo mes, del que no tienen conocimiento formal.

Como ya ha tenido ocasión de pronunciarse este Consejo, la omisión del trámite de audiencia constituye un defecto esencial que, en el caso que nos ocupa, impide cualquier consideración sobre el fondo del asunto. Como tiene declarado repetida doctrina jurisprudencial, el trámite de audiencia no es de mera solemnidad, ni rito formalista y sí medida práctica al servicio de un concreto objetivo, como es el de posibilitar a los afectados en el expediente el ejercicio de cuantos medios puedan disponer en la defensa de su derecho, quedando así supeditada la nulidad de las actuaciones a que su omisión puede dar lugar a la indefensión para la parte.

Y, efectivamente, entiende este Consejo Consultivo que se causa indefensión a las reclamantes, en tanto que no han tenido acceso a tal informe, dado que por parte del responsable del Servicio de Cardiología se realiza un análisis pormenorizado de las distintas imputaciones que aquellas efectúan en el trámite de audiencia, y cuyas conclusiones, contrarias al reconocimiento de la responsabilidad, son acogidas en la propuesta de resolución sin permitir a las interesadas su posible su refutación. Por ello, la omisión del trámite de audiencia ha de ser necesariamente subsanada, retrotrayendo el procedimiento al momento oportuno para que, una vez cumplido, se pueda emitir dictamen por este Consejo Consultivo, entrando a conocer el fondo del asunto.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no es posible un pronunciamiento sobre el fondo de la consulta solicitada; que debe retrotraerse el procedimiento al momento en que se omitió el trámite esencial de audiencia y, una vez practicado este, y formulada nueva propuesta de resolución, recabar a este Consejo el preceptivo dictamen.”

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.