

Hepatitis C. Riesgo de contagio postquirúrgico y responsabilidad de la administración en España. Relevancia de la prueba pericial médica.

Hepatitis C. Postsurgical spread risk and responsibility of the administration in Spain. The expert reports relevance.

Carmen Muñoz Ruiperez¹, María Teófila Vicente-Herrero², José Nieves González³, Luisa Capdevila García⁴,
María Victoria Ramírez Iñiguez de la Torre⁵, Eva Hernández Olmo⁶, Ignacio Torres Alberich⁷

Resumen

Las infecciones nosocomiales son adquiridas durante la estancia en hospital, no están presentes ni en el período de incubación ni en el momento del ingreso al centro por parte del paciente. El virus de la hepatitis C (VHC), el cual no se considera de los más frecuentes, forma parte de los microorganismos considerados como de riesgo para la infección nosocomial.

Desde el punto de vista médico-legal, interesa destacar las consecuencias derivadas de reclamaciones contra las administraciones públicas en cuanto a responsabilidad patrimonial. Se requiere de un planteamiento complejo, considerando tanto los aspectos epidemiológicos de la enfermedad, como los aspectos preventivos y de Lex Artis, en base al estricto cumplimiento de la normativa existente como condición requerida.

Se toma como base una sentencia de 2015 del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, que aborda una de estas reclamaciones y donde la labor de los informes periciales de los médicos ha sido una pieza clave para la resolución de la sentencia.

Palabras clave: Hepatitis C, Infección Nosocomial, Responsabilidad Patrimonial, Indemnización, Riesgo quirúrgico.

Abstract

Nosocomial infections are acquired during a hospital stay. They should not be present in the incubation period nor the time of admission of the patient. The hepatitis C virus (HCV), although is not considered one of the most frequent microorganisms, is actually considered risky for nosocomial infection.

From the medical-legal point of view, we must highlight the consequences of claims against public authorities in terms of liability. It requires a complex approach, considering both the epidemiological aspects of the disease such as the preventive aspects and Lex Artis, based on strict compliance with the existing regulations as a required condition.

It builds on a judgment of 2015 the High Court in Madrid, which addresses one of these claims and where the work of the expert reports of doctors has been a key to the resolution of the sentence.

Key Words: Hepatitis C, Nosocomial infection, Equity, Responsibility, Compensation, Surgical Risk.

1. Doctora en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo. Técnico Superior en PRL-Ergonomía y Psicología, Seguridad e Higiene. Jefe de Sección – Responsable Servicio de Prevención de Riesgos Laborales Hospital Universitario 12 de Octubre. SERMAS.
2. Doctora en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo. Técnico Superior en PRL-Ergonomía y Psicología. Grupo Investigación Medicina del trabajo (GIMT).
3. Licenciado en Derecho. Director de Gestión. Hospital Universitario 12 de Octubre. SERMAS.
4. Doctora en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo. Técnico Superior en PRL-Ergonomía y Psicología, Seguridad e Higiene. Grupo Investigación Medicina del trabajo (GIMT).
5. Licenciada en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo. Técnico Superior en PRL- Seguridad. Grupo Investigación Medicina del trabajo (GIMT).
6. Licenciada en Derecho. Jefa de Servicio de Asesoría Jurídica. Hospital Universitario 12 de Octubre. SERMAS.
7. Licenciado en Derecho. Abogado del Ilustre Colegio de Abogados (ICAV). Valencia.
Contacto
Carmen Muñoz Ruiperez. Hospital Universitario 12 de Octubre. carmenmzrz@gmail.com

Introducción

La hepatitis C es una enfermedad infecciosa producida por el virus de la hepatitis C (VHC). Este virus afecta principalmente al hígado. La evolución del padecimiento es una variable, pues los casos agudos son generalmente asintomáticos o leves, mientras que la forma crónica puede llegar a ser severa.¹

El VHC se contagia por vía parenteral, por ejemplo con el uso de drogas intravenosas. Cuando se contagia por material o instrumental médico no esterilizado, o por transfusiones sanguíneas sin tamizaje adecuado, forma parte de las denominadas infecciones nosocomiales.²

Cabe aclarar que, en la actualidad, el concepto de infección relacionada con la asistencia sanitaria ha trascendido el ámbito hospitalario. Los avances tecnológicos han facilitado la prolongación de la vida hasta edades muy avanzadas y han conducido la asistencia sanitaria hacia entornos no estrictamente hospitalarios.³

Según los datos obtenidos del Estudio de Prevalencia de Infección Nosocomial en España (EPINE) del 2015, así como del Point Prevalence Study, realizado por el Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades en 2011-2012, se estima que alrededor del 5 al 7% de los pacientes hospitalizados desarrollan una infección nosocomial durante el ingreso. El VHC presenta una frecuencia relativa del 0,07% de los casos, muy lejos de la *Escherichia coli* (14,27%), *Staphylococcus aureus* (10,32%) o de *Pseudomonas aeruginosa* (10,13%), que son los tres los más frecuentes.^{4,5}

El mayor riesgo de contagio de hepatitis C para los pacientes se concentra en las unidades de hemodiálisis, a pesar del estricto cumplimiento de la normativa preventiva. El riesgo se incrementa cuando ocurren errores

médicos por negligencia en la realización de los procedimientos, o también por la falta de formación adecuada del personal sanitario.⁶⁻⁸

A nivel mundial, se calcula que existen entre 130 y 150 millones de personas infectadas por VHC, de las cuales fallecen anualmente aproximadamente 500 000, por las consecuencias de esta infección viral.⁹

Algunos autores estiman que la prevalencia y el número de personas con anticuerpos contra VHC han aumentado recientemente entre un 2.3 y un 2.8%, lo que supone un incremento de entre 122-185 millones de personas. Los países más afectados se encuentran en Asia central y del este, el norte de África y en Oriente Medio. En Asia meridional y sudoriental, África subsahariana, Sudamérica, las islas del mar Caribe, Oceanía y Europa se dan las cifras de prevalencia moderadas. Mientras tanto, en las islas asiáticas del Pacífico, las regiones más tropicales de América Latina, así como en América del Norte, se localizan las cifras de prevalencia más bajas.¹⁰

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2015, aproximadamente un 15-45% de las personas infectadas elimina el virus espontáneamente en un plazo de seis meses, sin necesidad de tratamiento. El resto de la población infectada (entre 55-85%) va a desarrollar una infección crónica. Del grupo que evoluciona hacia la cronicidad, del 15 al 30% corre el riesgo de desarrollar cirrosis hepática en un plazo de 20 años.¹¹

En la actualidad, no existe ninguna vacuna contra el VHC, pero los tratamientos con antivíricos han conseguido tasas de negativización de hasta el 90% de los casos; con la consiguiente reducción de secuelas a largo plazo y muerte.

Los organismos responsables del manejo de la salud pública están incrementando los esfuerzos dirigidos a la población, especialmente la de mayor riesgo, para

informar en cuestiones de prevención primaria, como por ejemplo en el desarrollo de vacunas. También se incluye la prevención secundaria y terciaria, con el fin de reducir la carga de enfermedad hepática crónica y/o mejorar la supervivencia para aquellos que ya tienen evidencia de enfermedad hepática.

Aspectos médico-legales relacionados con el contagio de VHC para considerar

Desde el punto de vista médico-legal, en lo que respecta a las consecuencias derivadas del riesgo de contagio intrahospitalario por VHC, interesa destacar cuál es el potencial cargo a las Administraciones Públicas por concepto de responsabilidad patrimonial, así como las posibles reclamaciones planteadas en el área civil, social, penal y especialmente en la contencioso-administrativa.

Han de ser considerados tanto los aspectos epidemiológicos asociados con la enfermedad, como los aspectos preventivos y de *lex artis* relacionados con el estricto cumplimiento de la normativa existente. Debe darse una correcta asistencia sanitaria, el cumplimiento de los protocolos de actuación y la adecuación de los procedimientos de profilaxis y esterilización. Todo lo anterior es necesario para valorar la imputación de la AP, con base en su responsabilidad por inadecuado funcionamiento de los servicios públicos.

Entonces se vuelve importante conocer algunos aspectos elementales en cuanto al mecanismo de transmisión del virus, la epidemiología de la enfermedad, los períodos evolutivos de la enfermedad, así como los aspectos preventivos que deben cumplirse en las entidades sanitarias, fundamentalmente hospitalarias, tomando en cuenta la normativa vigente en España.

Aspectos epidemiológicos del VHC

Se ha mencionado que el VHC se transmite por vía parenteral. Los mecanismos más frecuentes son las prácticas personales poco seguras como el consumo de drogas con reutilización de jeringuillas, colocación de piercings en lugares inadecuados, tatuajes o acupuntura sin esterilización adecuada, mordeduras humanas o por procedimientos médicos, cuando hay un incumplimiento en los protocolos de control de la infección. Otras vías de transmisión son la materno-fetal y las prácticas sexuales de riesgo. Menos frecuentes son las transmisiones por situaciones personales predisponentes o deficiencias inmunológicas que pueden facilitar la infección.¹²⁻¹⁷

De acuerdo con las series reportadas, en el 70-80% de los casos de contagio posteriores a una cirugía, la enfermedad aguda por VHC es asintomática, por lo que pasa desapercibida. Cuando se torna sintomática, el cuadro clínico es indistinguible de la infección aguda producida por otros tipos de hepatitis agudas virales. Suele producir malestar general, náuseas y dolor en hipocondrio derecho en un 10-20% de los casos, junto con la aparición de ictericia y coluria en el 20-30% de casos.

El período de incubación de la hepatitis C oscila entre 3 y 20 semanas, con una media de 7 semanas, en las que puede existir negatividad en las pruebas diagnósticas serológicas. Entre la primera y segunda semana después de la infección aparece el ARN-VHC, que por lo general es el primer marcador que aparece.

Posteriormente, entre 6-112 días (media 46 días), se elevan las transaminasas, lo que coincide con la aparición de síntomas, cuando lo hacen. Se produce entonces elevación de anticuerpos, como el anti-VHC IgM e IgG.³¹

Por lo general, la enfermedad dura

entre 2 y 12 semanas. Si se resuelve favorablemente, desaparece el ARN-VHC del suero, se normalizan las transaminasas y los anticuerpos IgM desaparecen, mientras que el título de los anticuerpos IgG va disminuyendo progresivamente, pero pueden detectarse durante varios años.

La proporción de pacientes que evolucionan a hepatitis crónica es muy elevada, del 75-80%, mientras que solo el 20-30% de los casos restantes se resolverá espontáneamente.³²

Hemovigilancia en España

Desde 1990, en España, todas las donaciones de sangre son sometidas a pruebas de laboratorio destinadas a la detección de anticuerpos contra el VHC, y a partir de 2002 se aplica en todos los centros de transfusión la tecnología de amplificación de nucleótidos (TAN) para la detección del virus.

Todas las unidades de hemoderivados que resultan reactivas en alguna de estas pruebas son desechadas y los donantes son excluidos. Los sistemas de hemovigilancia implantados en las 17 Comunidades Autónomas, destinados a la detección y análisis de efectos adversos de la transfusión, han confirmado que la transmisión del VHC por la transfusión es, en estos momentos, prácticamente inexistente.¹⁸

No obstante, entre el 30- 40% de los casos de infección por VHC son idiopáticos, es decir, no es posible identificar el mecanismo de contagio. De esta manera, incluso en el momento actual, las cifras de transmisión nosocomial para la hepatitis C supondrían entre 15-25% de los casos de esta enfermedad, debidas generalmente al incumplimiento de las normas estándar de higiene, relacionadas con procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico invasivos.¹⁹⁻²⁰

Son muy raros los casos reportados en los

que un profesional sanitario sea el origen del contagio de pacientes a su cargo. En el Reino Unido (U.K.), el primer incidente descrito de esta naturaleza fue en 1994, cuando un trabajador sanitario con el VHC infectó a un solo paciente. Por ello, el Consejo Asesor sobre Hepatitis en Trabajadores Sanitarios de U.K. recomendó, en 1995, que los trabajadores sanitarios infectados por el VHC no deberían realizar procedimientos invasivos predisponentes a exposiciones (PIPES) a virus de transmisión sanguínea.²¹

Se consideran PIPES aquellos en los que las manos enguantadas del trabajador pueden estar en contacto con instrumentos cortantes, puntas de aguja, fragmentos de tejidos punzantes o cortantes (espículas de hueso, dientes); así como cuando las manos están situadas en el interior de una cavidad abierta del cuerpo, herida o espacio anatómico; o bien aquellos en los que las manos o las puntas de los dedos pueden no estar completamente visibles durante todo o parte del procedimiento.²²

Después de cinco incidentes en U.K., en los que los trabajadores sanitarios infectados por el VHC transmitieron la infección a 15 pacientes, su Departamento de Salud publicó una guía con las restricciones y consejos elaborados por el Consejo Asesor sobre Hepatitis para Trabajadores Sanitarios Infectados. Esta guía restringe los PIPES a los trabajadores sanitarios que se sabe están infectados con el VHC.²³

Posteriormente, se recomendó también la realización de serología por VHC a los trabajadores que estuviesen a punto de comenzar sus carreras, o cuyas áreas de capacitación se basen en el desempeño de PIPES, así como a los que creyesen haber estado expuestos a la infección.²⁴

Las especialidades consideradas de mayor riesgo de contagio del VHC son las quirúrgicas, especialmente las cardiotorácicas

y las ginecológicas. Además, tienen altas tasas de accidentes biológicos por pinchazo, lo que podría explicar el mayor riesgo de exposición de los pacientes a la sangre de estos trabajadores de la salud.

Se deben de considerar aspectos de gran peso jurídico, como la aceptación del riesgo por parte del paciente, recogido en el consentimiento informado y firmado por el enfermo previo a la intervención o procedimiento de riesgo. También deben tomarse en cuenta las obligaciones legales impuestas a la Administración Sanitaria en la Ley 41/2002, que es la reguladora de la autonomía del paciente, de los derechos y las obligaciones en materia de información y documentación clínica. Además, se agregan el artículo 106.2 Constitución Española, la Ley 30/1992 sobre Procedimiento Administrativo y la doctrina jurisprudencial que la interpreta.²⁵⁻²⁷

En la Ley 30/1992 y la doctrina mencionada se exigen, para reconocer la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, que se especifique el nexo causal, es decir, que exista una relación causal entre la actuación de dicha Administración Sanitaria y el daño reclamado; además, que la lesión sea consecuencia del mal funcionamiento de los Servicios Públicos. Debe especificarse que: “no serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de la producción de aquéllos.”²⁷

Hoy en día, todos los profesionales sanitarios tienen el deber ético, así como la obligación legal, de proteger la salud y la seguridad de sus pacientes, así como el derecho de confidencialidad de sus datos de salud.

En España, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece que los

trabajadores tienen la obligación legal de tener un cuidado razonable para la salud y la seguridad de ellos mismos y de los demás, como también de cooperar con su empresa en materia de salud y seguridad. Esta misma Ley, hace referencia a la vigilancia de la salud del personal sanitario. Existe, además, una normativa referida a las condiciones de esterilidad que ha de tener el área quirúrgica y el instrumental, ajustados al correspondiente control de bioseguridad ambiental.^{28, 29}

En la prevención de las enfermedades del ámbito hospitalario, deberán participar todos los estamentos, con especial implicación de los Servicios de Prevención de Riesgos y de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Caso objeto de debate

La sentencia que sirve de base a este trabajo, dada por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, trata sobre la reclamación por daños y perjuicios con responsabilidad patrimonial a las Administraciones Públicas, en relación a la vulneración de la Lex Artis de los facultativos médicos, es decir, por una asistencia sanitaria que no se ajustó a la debida diligencia esperada.³⁰

Se comentará en este caso, el contagio del VHC a un donante (y recurrente del proceso legal) durante una nefrectomía laparoscópica realizada por donación intervivos.

Como la mayoría de los procedimientos laparoscópicos, este tipo de nefrectomía no es considerada normalmente como una cirugía predisponente al contagio por PIPES, ya que los dedos no se ocultan bajo los tejidos del paciente. Sin embargo, son excepciones situaciones en las que el trócar principal se inserta mediante un procedimiento abierto (como ocurre en los casos de cirugía abdominal previa), así como el proceso de cerrado de la fascia muscular en el sitio del trócar, cuando se usa la técnica de la aguja en “J”.

En el evento estudiado, el recurrente ingresó en el Servicio de Urología del hospital para la realización de una nefrectomía laparoscópica. Previa a la cirugía, se realizó una serología que resultó negativa para el VHC.

Al ingreso y siguiendo el protocolo hospitalario, el receptor y donante habían firmado el documento de consentimiento informado, en el que se especifican los riesgos inherentes a la intervención, entre los que se incluye el riesgo de contagio por infecciones.

En el postoperatorio inmediato, el donante presentó un deterioro de la función renal, en el contexto de gastroenteritis aguda. En la analítica se observó una elevación de las transaminasas (ALT 126 UI/ml), sin otros hallazgos significativos. En el curso de los meses posteriores, el donante fue diagnosticado de hepatitis C. La receptora de la donación renal no resultó positiva a contagio por VHC; tampoco la esposa del donante.

Situación legal del caso

La antijuridicidad del daño vendría establecida por el hecho de que el reclamante no tiene el deber de soportar el daño provocado. En este caso, el donante exige una responsabilidad patrimonial por una asistencia sanitaria que no se ajustó a la debida diligencia.

La Lex Artis es el perímetro de actuación de los profesionales sanitarios y hace referencia a la forma habitual y diligente de realizar los trabajos de un oficio. Para que pueda exigirse una responsabilidad por un daño causado, debe demostrarse que ha existido una vulneración de dicha Lex Artis.

El fundamento de defensa legal en este caso de contagio por VHC, ajustándose a la Lex Artis dentro del ámbito sanitario, se basa en que para determinar la existencia de

responsabilidad no es suficiente con acreditar únicamente una relación de causalidad entre aquella actuación sanitaria y el daño indemnizable, ya que lo que se sanciona en el ámbito de la responsabilidad sanitaria es la indebida aplicación de medios para la obtención del resultado.

Es decir, no solo debe probarse la existencia de una lesión, sino también la infracción del criterio básico de la aplicación correcta de los medios para obtener el resultado. Es la obligación del profesional sanitario prestar la debida asistencia, no la de garantizar en todo caso la curación del enfermo.

Este criterio es relevante por cuanto el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial no convierte a la Administración, a través de una institución, en una aseguradora universal de cualquier daño que sufran los particulares; solo debe responder en aquellos casos que los usuarios no tengan el deber jurídico de soportar.

Reglas de la carga de la prueba: en materia de responsabilidad patrimonial con carácter general, la prueba recae sobre quienes la reclaman. Sin embargo, la doctrina jurisprudencial ha sentado la inversión de la carga de la prueba en supuestos cuya práctica es sencilla para la Administración, pero complicada para el reclamante. A veces incluso el Tribunal Supremo requiere una explicación adecuada del evento dañoso.³³

En este sentido, corresponde a la Administración Sanitaria demostrar que ha adoptado todas las medidas tendentes a evitar el resultado dañoso, como efectivamente se ha demostrado en el caso analizado, mediante los estudios de ausencia de otros casos de contagio, el examen serológico del equipo quirúrgico, los informes sobre esterilización del material, entre otras. Todas estas medidas se dirigen a la prevención del contagio.

Si se realiza una búsqueda en las bases de

datos jurídicas españolas, mediante el uso del concepto “hepatitis C contagio hospitalario”, se encuentran escasas sentencias. La mayor parte de estas resoluciones corresponden al área de lo contencioso administrativo, por reclamaciones indemnizatorias dirigidas a la Administración Pública. Dichas sentencias han sido dictadas principalmente por los Tribunales Superiores de Justicia, el Tribunal Supremo o la Audiencia Provincial.

Si se acota el concepto de búsqueda al “contagio derivado de cirugía hospitalaria”, las sentencias son aún más escasas, todas ellas del ámbito de lo contencioso administrativo. Al igual que en el caso anterior, las sentencias fueron sancionadas por los Tribunales Superiores de Justicia, por el Tribunal Supremo o por la Audiencia Provincial. Los resultados pueden verse en la Tabla 1.

La viabilidad de una reclamación por responsabilidad patrimonial a la Administración Pública requiere la relación entre el riesgo y el daño causado, así como la demostración de que el daño se haya producido por el funcionamiento anormal de los servicios públicos, tal como recoge de forma reiterada la jurisprudencia española. Además, se insiste en que para que la indemnización sea pertinente, han de descartarse aquellas circunstancias que no se puedan prever a pesar de la correcta actuación de los profesionales, cualesquiera que fuesen los resultados. No es suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la Lex Artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo.

Por lo tanto, si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la Lex Artis, no cabe apreciar la infracción que se articula, ya que la ciencia médica es

limitada y no ofrece en todas las ocasiones y los casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen. En estos casos, el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la Lex Artis y el resultado lesivo o dañoso producido, debe acreditarse por quien reclama la indemnización.³⁴

<i>Término de búsqueda</i>	<i>Sentencias por años</i>	<i>Sentencias por Área</i>	<i>Sentencias por Tribunal</i>
<i>Hepatitis C contagio hospitalario</i>	2015 (4)	Civil (21)	Tribunal Constitucional (1)
	2014 (7)	Constitucional (1)	Tribunal Supremo (31)
	2013 (9)	Contencioso-Administrativo (163)	Audiencia Nacional (28)
	2012 (13)	Penal (7)	Tribunal Superior de Justicia (119)
	2011 (9)	Social (12)	Audiencia Provincial (23)
	2010 (7)		Juzgado de Primera Instancia (1)
	2009 (18)		Juzgado de lo Contencioso-Administrativo (1)
	2008 (14)		
	2007 (17)		
	2006 (13)		
	2005 (17)		
	2004 (15)		
	2003 (16)		
	2002 (18)		
	2001 (14)		
	2000 (6)		
	1999 (5)		
1998 (1)			
1997 (1)			
<i>Hepatitis C contagio cirugía hospitalaria</i>	2015 (1)	Contencioso-Administrativo (12)	Tribunal Supremo (1)
	2012 (1)		Audiencia Nacional (3)
	2010 (1)		Tribunal Superior de Justicia (8)
	2009 (2)		
	2008 (1)		
	2006 (1)		
	2005 (1)		
	2004 (1)		
	2003 (2)		
2002 (1)			

Tabla 1. El contagio de Hepatitis C en la jurisprudencia Española.

Fuente: <https://www.westlawinsignis.es>. Fecha de la búsqueda: diciembre de 2015.

La Doctrina del Tribunal Supremo en España clarifica la responsabilidad patrimonial de la Administración, pues afirma que la viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración requiere, conforme a lo establecido en el artículo 139 de la Ley 30/1992:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la

calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

- c) Ausencia de fuerza mayor.
- d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta.

Esta misma sentencia y fundamento jurídico contiene otra declaración fundamental, que es doctrina jurisprudencial consolidada, sobre el carácter y contenido de la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública. En ella se confirma la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido, aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público.³⁵

En el caso estudiado, resultan determinantes los informes periciales que reiteran la desvinculación del contagio del donante y la no transmisión al receptor del trasplante. El hecho de que el receptor no contrajera la infección, no habla ni a favor ni en contra, porque la probabilidad de contagio del VHC desde donante vivo de un riñón infectado la receptor del órgano es de aproximadamente la mitad de los casos.

Por el argumento anterior, en el caso tampoco se justifica la infección del donante en el momento de la nefrectomía ni previa a ella. Corroboran esta opinión los peritos de nefrología y Unidad de Trasplantes, quienes afirman que: el que no se haya transmitido la infección por hepatitis C al receptor del riñón, no descarta que el paciente no se hubiera infectado, ya que las probabilidades de transmisión de la hepatitis C de donantes

infectados a receptores de trasplante de órganos es el 49%.

Se reitera que es necesario demostrar la vulneración de la Lex Artis, además de la relación causal, para responsabilizar a la Administración Pública por un daño en la salud de un paciente. En el presente caso, se probó tanto la corrección de la asistencia sanitaria, como el cumplimiento de la normativa y de los protocolos de prevención de riesgos.

El Servicio de Prevención realizó los correspondientes análisis médicos específicos al personal de quirófano, a quienes se le practicaron serologías por VHC, virus de hepatitis B (VHB) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Los resultados de las serologías de los profesionales que participaron en la intervención fueron negativos VHC, en las diferentes pruebas realizadas antes y después de la operación. De esta manera, se descartó que el origen de la transmisión de la hepatitis C fuera por algún miembro del equipo de quirófano.

El paciente no requirió ninguna transfusión de hemoderivados, ni se le practicó ningún procedimiento invasor predisponente a exposición de virus durante su estancia en el hospital, salvo la propia intervención quirúrgica.

El informe del hospital documentó que:

- a) El área quirúrgica reunía las condiciones higiénicas adecuadas para su cometido y el campo e instrumental están esterilizados.
- b) El control de bioseguridad ambiental en quirófanos, según la normativa 6/90 del Ministerio de Sanidad y Consumo y las recomendaciones de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, se realizaba únicamente respecto a hongos oportunistas, que fueron correctos en las fechas

indicadas. No existía indicación ni recomendaciones al respecto para la determinación de virus.

- c) El protocolo de profilaxis quirúrgica fue el establecido por el hospital en función de cada procedimiento quirúrgico.
- d) Durante el período citado, no constan cultivos positivos microbiológicos de este enfermo y no se realizaron estudios de contacto cuando no hubo agente biológico conocido.
- e) No se detectó brote por el agente causal referido durante el citado ingreso.

Finalmente, revisadas las historias clínicas del Servicio de Urología, no fue constatado ningún contagio por VHC, en fechas coincidentes con el caso estudiado.

A lo anterior se añade la afirmación pericial aportada por la entidad hospitalaria que, ante tales circunstancias afirma: en la valoración de los anteriores elementos de convicción, debemos partir de que no es un hecho controvertido que existen una pluralidad de causas de transmisión del VHC, llegando a afirmarse que hasta un 40% de los casos son idiopáticos.

La resolución judicial en esta sentencia concluye, tras una profunda reflexión sobre el tema y utilizando medios probatorios suficientes, que la atención recibida por el reclamante fue ajustada a la Lex Artis en todo momento. Además, que con los datos aportados, no se puede establecer en qué momento contrajo la infección por el virus de la hepatitis C, afirmación que se alcanzan basándose en las siguientes premisas:

- La elevación de las transaminasas en el inmediato postoperatorio no se corresponde con una infección por el VHC ocurrido durante la cirugía o en el inmediato postoperatorio.
- La ausencia de infección del receptor no

excluye que existiera infección previa en el donante.

- No se utilizaron hemoderivados.
- El personal del quirófano que participó en su intervención era seronegativo.
- No existió ninguna otra circunstancia concreta que produjera un riesgo de infección al paciente.
- Un 40% de los casos de infección VHC son idiopáticos, es decir, no se puede identificar la causa del contagio.
- La posible relación temporal no implica que se contraviniese ningún tipo de precaución en el Hospital 12 de octubre, ni antes, ni durante, ni después de la intervención.
- La actuación en el mencionado centro es correcta y ajustada a la Lex Artis en todo momento.

Todo ello llevó al magistrado a desestimar el recurso sobre la presunta responsabilidad patrimonial de la Administración y permitió concluir que “las infecciones nosocomiales forman parte de los riesgos hospitalarios con mayor repercusión médico-legal y la hepatitis C es uno de los riesgos incluidos en dicho concepto.”

Conclusión

El contagio de infecciones nosocomiales puede afectar tanto al propio personal sanitario como a los pacientes. Para poder imputar responsabilidad a la Administración Sanitaria se requiere, como se ha mencionado, la demostración de un anormal funcionamiento de los servicios públicos en lo referente a: corrección en la asistencia sanitaria, cumplimiento de protocolos y adecuación de procedimientos de profilaxis y esterilización; o bien que dentro del normal funcionamiento, los daños se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los

conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.

La situación es especialmente compleja en infecciones como la hepatitis C, donde existe un largo período de incubación sin sintomatología ni repercusión analítica, agregando que un alto porcentaje tienen un mecanismo de contagio desconocido.

Los aspectos formativos del personal sanitario, la mayor y más completa información al paciente y los avances médicos, tanto en diagnóstico como en tratamiento, mejorarán las opciones preventivas y de curación.

Los informes periciales de los médicos son pieza clave en estos procesos para clarificar y orientar la decisión judicial.

Contribuciones

Los autores han colaborado de manera equitativa en la revisión del caso, de la literatura y la elaboración de este manuscrito.

Conflictos de interés

Nada por declarar.

Referencias

- Westbrook RH, Dusheiko G. Natural history of Hepatitis C. *J Hepatol* 2014; 61(1 Suppl): S58-68.
- Horan TC, Andrus M, Dudeck MA. CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. *Am J Infect Control* 2008; 36(5): 309-32.
- Pujol M, Limón E. Epidemiología general de las infecciones nosocomiales. *Sistemas y programas de vigilancia. Enferm Infecc Microbiol Clin* 2013; 31(2): 108-13.
- Estudio EPINE-EPPS. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España” Informe Global de España (resumen provisional). 2015: p.1-36.
- European Centre for Disease Prevention and Control. ECDC. Point prevalence survey of healthcare associated infections and antimicrobial use in European hospitals 2011–2012. Technical Document. 2013:1-80.
- Petrosillo N, Puro V, Jagger J, Ippolito G. The risks of occupational exposure and infection by human immunodeficiency virus, Hepatitis B virus, and Hepatitis C virus in the dialysis setting. Italian Multicenter Study on Nosocomial and Occupational Risk of Infections in Dialysis. *Am J Infect Control* 1995; 23(5): 278-85.
- Fabrizi F, Messa P. Transmission of Hepatitis C virus in dialysis units: a systematic review of reports on outbreaks. *Int J Artif Organs* 2015; 38(9): 471-80.
- Stępień M, Rosińska M. Hepatitis C outbreaks in Poland in 2003-2013. Medical procedures as a dominant route of HCV transmission. *Przegląd Epidemiologiczny* 2015; 69(3):465-72.
- Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2095-128.
- Mohd Hanafiah K, Groeger J, Flaxman AD, Wiersma ST. Global epidemiology of Hepatitis C virus infection: new estimates of age-specific antibody to HCV seroprevalence. *Hepatology* 2013; 7(4):1333-42.
- Organización Mundial de la Salud. Hepatitis C. Nota descriptiva N° 164. OMS. Centro de Prensa; 2015. (Consultado 05/12/2015). Disponible en: [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/es/>].
- Reyes-Urueña J, Brugal MT, Majo X, Domingo-Salvany A, Caylà JA. Cross sectional study of factors associated to self-reported blood-borne infections among drug users. *BMC Pub Health* 2015;15(1):1122.
- Yang S, Wang D, Zhang Y, et al. Transmission of Hepatitis B and C Virus Infection Through Body Piercing: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine, Baltimore* 2015; 94(47): e1893.
- Mandell, G., Bennett, J., y Dolin, R. *Mandell, Douglas, and Bennett’s Principles and Practice of Infectious Diseases, Seventh Edition.* Elsevier Inc; 2010.
- Molla S, Munshea A, Nibret E. Seroprevalence of Hepatitis B surface antigen and anti HCV antibody and its associated risk factors among pregnant women attending maternity ward of Felege Hiwot Referral Hospital,

- northwest Ethiopia: a cross-sectional study. *Virology Journal* 2015; 12(1): 204.
16. Chew KW, Blum ML, Javanbakht M, et al. Low prevalence of Hepatitis C co-infection in recently HIV-infected minority men who have sex with men in Los Angeles: a cross-sectional study. *BCM Infect Dis* 2015; 15(1): 538.
 17. Moal V, Vacher-Coponat H, Botelho E, et al. Emergence of Hepatitis B infection despite antibodies to Hepatitis B surface antigen: a new nosocomial risk in patients with end-stage renal disease. *Transplantation* 2006; 81(9):1358-9.
 18. España. Ministerio de Sanidad. Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud; 2015: p.24. Disponible en: [http://www.mssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/docs/plan_estragico_hepatitis_C.pdf].
 19. Aguilera Guirao A, Romero Yuste S, Regueiro B.J. Epidemiología y manifestaciones clínicas de las hepatitis virales. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2006; 24(4): 264-76.
 20. Martínez-Rebollar M, et al. Estado actual de la hepatitis aguda C. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2011; 29(3): 210-215.
 21. Duckworth G, Heptonsall J, Aitken C. Transmission of hepatitis C virus from a surgeon to a patient. The Incident Control Team. *Comm Dis Pub Health* 1999; 2(3): 188-92.
 22. Communicable Disease Surveillance Centre (CDSC). Hepatitis C virus transmission from healthcare worker to patient. *Comm Dis Rep CDR Weekly* 1995; 5: 121.
 23. UK Health Departments. Hepatitis C Infected Health Care Workers. Implementing Getting Ahead of the Curve: action on blood-borne viruses, 2002/010. Department of Health Gov UK; 2003:p.1-28.
 24. UK Health Departments. Health clearance for tuberculosis, hepatitis B, hepatitis C and HIV: New healthcare workers. Department of Health Gov UK; 2007.
 25. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado, núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, p. 40126- 132.
 26. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, núm. 311, de 29 de diciembre de 1978, p. 23126-133.
 27. Ley 30/1992, de 26 de diciembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado, núm. 285, de 27 de noviembre de 1992, p. 40300-319.
 28. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. Jefatura del Estado Boletín Oficial del Estado, núm. 269, de 10 de noviembre de 1995.
 29. Instituto Nacional de la Salud. Circular 6/90. Normas básicas para controlar quirófanos dedicados a patologías de alto riesgo. Ministerio de Sanidad y Consumo.
 30. España. Tribunal Superior de justicia de Madrid (Sala de lo Contencioso-Administrativo). Sentencia num. 552/2015, de 15 de septiembre de 2015. Disponible en: <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Servicios/Jurisprudencia>. (consultado 05/12/2015).
 31. Mandell G, Bennett J, Dolin R. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, Seventh Edition. Elsevier Inc; 2010
 32. Diago, M. Transmisión de la hepatitis C. *Rev. Esp. Enfermedades Digestivas* 2007; 99(6).
 33. España. Tribunal Supremo (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4ª). Sentencia de 21 de diciembre de 2012. (Consultado 05/12/2015). Disponible en: [<http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Servicios/Jurisprudencia>].
 34. España. Tribunal Supremo (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4ª). Sentencia de 2 de enero de 2012. (Consultado 05/12/2015). Disponible en: [<http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Servicios/Jurisprudencia>].
 35. España. Tribunal Supremo (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6ª). Sentencia núm. 4363/2014. (Consultado 05/12/2015). Disponible en: [<http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Servicios/Jurisprudencia>].