

polisacárida de 23 serotipos en pacientes crónicos. *Rev Esp Quimioter.* 2019;32:178–82.

5. López-Gobernado M, Pérez-Rubio A, López-García E, Mayo Iscar A, Cabezas Pascual C, Eiros JM. Economic evaluation of pneumococcal vaccination in adults aged over 65 years in Castilla y León (SPAIN). *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2019;54:309–14 [Article in Spanish].
6. Arencibia Jiménez M, Navarro Gracia JF, Delgado de los Reyes JA, Pérez Torregrosa G, López Parra D, López García P. Oportunidades perdidas de vacunación antineumocócica ¿Se puede hacer algo más en prevención? *Arch Bronconeumol.* 2014;50:93–8.

Miguel López Gobernado^{a,*}, Alberto Pérez-Rubio^b
y José María Eiros Bouza^c

^a Servicio de Estudios, Documentación y Estadística, Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León, Valladolid, España

^b Dirección Médica, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^c Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mlopezgob@saludcastillayleon.es (M. López Gobernado).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.12.007>

0212-6567/ © 2020 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Déficits sociales en las normativas y documentos relativos a la autodeterminación clínica del paciente: una mirada desde el trabajo social sanitario



Social deficits in the regulations and documents relating to clinical self-determination of the patient: A look from the social health work

Sr. Editor:

La voluntad vital anticipada (VVA) es aquella medida a través de la cual la persona puede manifestar, previamente y por escrito, sus preferencias sanitarias para que sean tenidas en cuenta en los momentos finales de la vida, una vez desaparecida la capacidad para expresarse con el facultativo¹. Esta queda recogida en el artículo 11 de la 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^{2,3}. También en las diferentes normativas españolas sobre derechos y garantías de las personas en el proceso de muerte digna.

La VVA se fundamenta e instala en la necesidad de responder a los principios básicos de la bioética (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia). Dichos principios preservan el derecho a la autodeterminación clínica de la persona. Y a que esta reciba un trato clínico-asistencial justo y digno en los estadios finales de la vida, lejos de actos iatrogénicos, es decir establecen límites y adecuan el esfuerzo terapéutico^{4,5}.

Con la VVA gana protagonismo la libertad individual de la persona en su relación médico-paciente, hecho que favorece la simetría y la bidireccionalidad. Así, quedan reducidos los márgenes del conservadurismo clínico, el paternalismo médico y la conspiración de silencio⁶.

Las distintas normativas sobre VVA en España ignoran en su articulado el aspecto social de la enfermedad como variante de la patología clínica. Centrada la atención en los documentos para la declaración de la VVA, estos solo

incluyen medidas terapéuticas a situaciones crónicas avanzadas a las que el paciente se puede acoger o no pronunciar. En sus contenidos destacan las técnicas de soporte vital, la donación de órganos y tejidos, etc., ante un funcionario, testigo o notario. Pero no vinculan estas medidas clínico-asistenciales a situaciones sociales específicas que pueden precipitar el acto del final de la vida del paciente en fase terminal (tabla 1). Aspectos como la situación socio-familiar, económica y de la vivienda de la persona (el índice o nivel de renta, la ubicación geográfica y condiciones de la vivienda...), la red de apoyo formal e informal (familiar, social o institucional...) No contemplar tales aspectos crea déficits en el contenido de los mismos, así como ciertos vacíos en la regulación de las normativas que los promueven. También obviar las consecuencias que se derivan de las mismas, entre las que destacan la sobrecarga y claudicación del cuidador, la dilación en los procesos de determinados recursos o prestaciones, la falta de apoyo institucional... La carencia en alguno de estos indicadores puede provocar alteraciones en la elección de las medidas terapéuticas recogidas en dichos documentos. Tal hecho origina en el paciente, el desarrollo de un duelo falto de sosiego, quedando este sometido a lo establecido por las instituciones sanitarias.

Tras el análisis de contenido de las normativas y documentos de VVA en España se concluye diciendo que es un deber de las administraciones y políticas sanitarias articular mecanismos apropiados para la reconfiguración de dichas normativas y sus documentos. El mero reconocimiento e inclusión del aspecto social de la enfermedad a estas figuras, reguladoras de muerte digna, acentúan la verdadera medicina social.

Bibliografía

1. Consejería de Salud y Familia. Voluntad Vital Anticipada. [consultado 29 Dic 2019] Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/ciudadania/derechos-y-garantias/voluntad-vital-anticipada>.
2. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. 41/2002 de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado 2002;274:40126-40132.

Tabla 1 Tipo de medidas terapéuticas recogidas en los documentos de voluntad vital anticipada de España

Comunidad autónoma	Medidas terapéuticas a situación crónicas avanzadas			
	Técnicas de soporte vital/medidas para aliviar el dolor	Donación de órganos y tejidos	Donación del cuerpo a la ciencia	Otras
Andalucía	X	X	X	
Aragón	X	X	X	
Asturias	X	X	X	Tratamientos complementarios y pruebas/procedimientos diagnósticos
Baleares	X	X	X	Tratamientos complementarios y pruebas/procedimientos diagnósticos
Cataluña	X	X	X	Medidas terapéuticas en caso de embarazo
Canarias	X	X	No se especifica	Medidas terapéuticas en caso de embarazo Tratamientos o terapias que no hayan demostrado efectividad Tratamientos que no estén dirigidos específicamente a curar/aliviar el dolor o sufrimiento
Cantabria	X	X	X	Medidas terapéuticas en caso de embarazo
Castilla-La Mancha	X	X	X	Tratamientos complementarios y pruebas/ procedimientos diagnósticos Tratamiento o terapia que no haya demostrado su efectividad Medidas terapéuticas en caso de embarazo
Castilla y León	X	X	X	
Comunidad Valenciana	X	X	X	Tratamientos complementarios y terapias no controladas
Extremadura	X	X	X	Tratamiento o terapia que no haya demostrado su efectividad Medidas terapéuticas en caso de embarazo
Galicia	X	X	No se especifica	
La Rioja	X	X	X	
Madrid	X	X	X	Tratamientos complementarios o procedimientos diagnósticos
Murcia	X	X	X	Tratamiento o terapia que no haya demostrado su efectividad
Navarra	X	X	No se especifica	Tratamiento o terapia que no haya demostrado su efectividad
País Vasco	X	X	No se especifica	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de los portales web de salud de las diferentes comunidades autónomas de España, 2019.

3. Sanz B, Simón P, Delgado MT. Ley de autonomía del paciente. *Aten Primaria*. 2003;32:265–7.
4. Feite L. Fundamentos de bioética, de Diego Gracia. *Bioet y Debat*. 2011;17:8–11.
5. Gracia D. Bioética Mínima. Nueva Edl. Madrid: TRIACASTELA; 2019.
6. Jiménez JM. Voluntad vital anticipada: un derecho reconocido en territorio español y Andalucía. En: Ortiz L, editor. *Espacios para hablar y compartir sobre la intervención social y educativa en grupos vulnerables*. Almería: Enfoques Educativos SL; 2015. p. 691–8.

José Manuel Jiménez Rodríguez^{a,b}

^a Servicio Andaluz de Salud, España

^b Universidad de Granada, Granada, España
Correo electrónico: jmjimenez@ugr.es

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.007>

0212-6567/ © 2020 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

¿Necesidad de cambio en la definición de caso del sarampión?



Is it necessary to change the measles case definition?

Sr. Editor:

El sarampión es una enfermedad de declaración obligatoria en España desde 1904¹, definida como: fiebre con exantema más tos, coriza o conjuntivitis. Para conseguir su eliminación la OMS recomienda la vacunación con dos dosis de triple vírica en $\geq 95\%$ de la población²; esta vacuna se introdujo en España en el calendario de vacunación infantil en 1981¹. El plan para la eliminación del sarampión en España se aprobó en el año 2000¹. En 2017 la OMS-Europa² declaró la eliminación del sarampión, aunque durante el período 2017-2018 hubo un resurgimiento de casos con brotes a amplia escala. En Galicia, desde 2011 no hubo brotes de sarampión.

El 24 de abril de 2019, un hospital notificó un caso de sarampión (caso 1) en una trabajadora sanitaria, de 37 años, con un cuadro de fiebre, exantema máculo-papular y tos. Los anticuerpos IgG e IgM anti-sarampión fueron positivos, y los anticuerpos IgG anti-sarampión mostraron baja avidez. En muestras de exudado faríngeo y orina se detectó genoma de sarampión que se identificó como genotipo D8, haplotipo/variante: MVs/Gir Somnath.IND/42.16/-variant. La paciente no refirió vacunación frente al sarampión, ni viajes a lugares con brotes de sarampión activos, ni contacto con casos conocidos de sarampión.

El 2 de mayo de 2019 un varón de 43 años, técnico de ambulancia en la misma área sanitaria que el caso 1, sin constancia de vacunación frente al sarampión, fue atendido por fiebre, erupción generalizada y aftas en la boca. El facultativo que lo atendió, conocedor del caso 1 por la difusión de la información realizada desde Salud Pública a través de la publicación *Venres Epidemiológico*³, solicitó serología de

sarampión con resultados: IgG positiva, IgM indeterminada e IgG avidez indeterminada. Ante estos resultados y al no cumplirse definición de caso, se descartó inicialmente como sarampión, aunque pasó a considerarse como caso (caso 2) al detectarse un tercer caso, confirmado, con que le que tenía un vínculo familiar.

El día 16 de mayo de 2019, se comunicó que había un paciente de 39 años (hermano del caso 2) con fiebre y exantema, sin constancia de vacunación frente al sarampión, con IgM anti-sarampión positiva, IgG negativa e IgG anti-sarampión de baja avidez (caso 3). Se detectó genoma del virus del sarampión en suero y exudado faríngeo. Se identificó genotipo D8, haplotipo/variante: MVs/Gir Somnath.IND/42.16/-variant. El resumen de los datos de laboratorio de los tres casos figura en la [tabla 1](#).

Se investigaron los contactos del caso 1 y entre ellos se identificó al caso 2. Se hizo vigilancia activa de todos los contactos, laborales, familiares y sociales, de los tres casos y se recomendó que, en caso necesario, actualizaran su calendario vacunal. Además, se hizo vigilancia activa de todos los pacientes que, en los siete días anteriores a que se diagnosticase el caso 1, fueron atendidos en el centro donde trabajaba este caso; y todos los pacientes atendidos el mismo día en que se consultó el caso 3. No se identificaron más casos.

Este brote, con transmisión laboral/familiar, destaca por la clínica atípica en dos de los casos, sospechados gracias a la difusión del caso 1 a través de *Venres Epidemiológico*. Los casos de sarampión atípico suelen relacionarse con el antecedente de vacunación⁴⁻⁶. En los brotes de sarampión de Portugal⁶, el 44,6% de los casos no cumplían definición de caso y un número elevado eran trabajadores sanitarios vacunados. En este contexto, cabría plantearse si en países con coberturas vacunales elevadas, como España, sería necesario redefinir cuándo sospechar sarampión y plantearse como diagnóstico diferencial ante pacientes con fiebre y rash, sobre todo si están vacunados y viajaron a un país con brote activo o contactaron con algún caso de sarampión.