

y respetarlas. Los estudios que valoran este aspecto reflejan que en un alto porcentaje de casos los profesionales estamos por debajo de los mínimos exigibles. Pero además, como buenos profesionales, ante un paciente con una enfermedad grave debemos informarle acerca de las evoluciones previsibles de la misma, de manera que pueda iniciar un proceso de reflexión personal, con nuestra ayuda y la de su familia. De esta forma, al final de este proceso puede decidir dejar constancia expresa de sus deseos acerca de hasta dónde quiere llegar en el tratamiento de su enfermedad. Este proceso es lo que se denomina planificación anticipada de las decisiones y el DVA es sólo una herramienta del mismo.

Bibliografía

1. Antolín A, Ambrós A, Mangirón P, Álvarez D, Sánchez M, Miró O. Grado de conocimiento del documento de voluntades anticipadas por el enfermo crónico que acude a urgencias. *Rev Clin Esp.* 2010;210:379–88.
 2. Ángel López-Rey E, Romero-Cano M, Tébar-Morales JP, Mora-García C, Fernández-Rodríguez O. Conocimiento y actitudes de la población ante el documento de voluntades anticipadas. *Enferm Clin.* 2008;18:115–9.
 3. Bachiller-Baeza A, Delgado-Martínez R, Hernández-de Miguel S, Martínez-Queipo M, Domínguez-Cano V. Testamento vital: la opinión médica en la provincia de Valladolid. *Metas de enfermería.* 2004;7:24–7.
 4. Santos C, Forn MA, Pérez R, Corrales A, Ugarriza L, Sales C. ¿Estamos preparados los médicos de familia para ayudar a nuestros pacientes a hacer el testamento vital? *Rev Calidad Asistencial.* 2007;22:262–5.
 5. Simón-Lorda P, Tamayo-Velázquez MI, Vázquez-Vicente A, Durán-Hoyos A, Pena-González J, Jiménez-Zurita P. Conocimientos y actitudes de los médicos en dos áreas sanitarias sobre las voluntades vitales anticipadas. *Aten Primaria.* 2008;40:61–8.
 6. Valle-Sánchez A, Farrales-Villalba S, González-Romero PM, Galindo-Barragán S, Rufino Delgado MT, Marco-García MT. Documento de voluntades anticipadas: opinión de los profesionales sanitarios de Atención Primaria. *SEMERGEN.* 2009;35:111–4.
 7. Mateos-Rodríguez A, Huerta-Arroyo A, Benito-Velliscia MA. Instrucciones previas: actitud de los profesionales de emergencias. *Emergencias.* 2007;19:241–4.
- E. Ameneiros^{a,*}, C. Carballada^b, J.A. Garrido^c y
Á. Fernández^d
- ^a Servicio de Medicina Interna, Área Sanitaria de Ferrol, Ferrol, A Coruña, España
- ^b Unidad de Hospitalización a Domicilio, Área Sanitaria de Ferrol, Ferrol, A Coruña, España
- ^c Servicio de Medicina Interna, Comité de Ética Área Sanitaria de Ferrol, Ferrol, A Coruña, España
- ^d Unidad de Cuidados Paliativos, Comité de Ética Área Sanitaria de Ferrol, Ferrol, A Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eugenia.ameneiros.lago@sergas.es (E. Ameneiros).

doi:10.1016/j.rce.2011.01.017

Réplica de los autores a la carta «Reflexiones sobre el documento de voluntades anticipadas»

Author's reply to considerations on the living will document

Sr. Director:

En relación a los comentarios de Ameneiros sobre nuestro trabajo previamente publicado en *Revista Clínica Española* acerca del conocimiento que tiene el paciente con enfermedad crónica respecto a las posibilidades de evolución de su enfermedad y de redactar un documento de voluntades anticipadas (DVA)¹, compartimos la idea general que el autor transmite, que en España, ni pacientes ni profesionales están suficientemente maduros para encajar en sus esquemas habituales los DVA. Parece como si por una vez el legislador haya ido por delante de las demandas de la sociedad. Sin embargo, es todavía más llamativo que tras casi 10 años de puesta en marcha de las primeras iniciativas legislativas, no se haya observado un cambio sustancial en esta predisposición. Así, hemos podido comprobar que en el período de 5 años comprendido entre 2003 y 2008 no ha existido ningún cambio sustancial de los pacientes con enfermedades crónicas respecto al DVA: desconocimiento del mismo (77% en 2003 y 81% en 2008) y poca predisposición a redactarlo (50% en 2003 y 50% en

2008)². Y esto teniendo en cuenta que Cataluña, donde se realizó el trabajo que los autores discuten, es la comunidad donde dichos documentos disponen de un mayor grado de aceptación respecto a otras comunidades como las de Madrid o Valencia³. Las reflexiones de Ameneiros enfatizan las deficiencias que afectan a los profesionales sanitarios en relación al conocimiento de los DVA en diferentes comunidades. Esto es especialmente preocupante para quienes trabajamos en los servicios de Urgencias, puesto que en una situación donde habitualmente la presión asistencial es alta y el tiempo para la toma de decisiones corto^{4,5}, la enfermedad del paciente es potencialmente grave y su estado cognitivo puede estar mermado^{6–8}, y el arsenal terapéutico aplicable inmenso⁹, conocer los deseos meditados con antelación del paciente es fundamental para adecuar los esfuerzos terapéuticos a su voluntad. Es pues imprescindible un mayor esfuerzo en la difusión de los DVA, su existencia, funcionamiento y posibilidades, tanto al personal sanitario como a la población general. Especialmente a aquellos colectivos de pacientes con enfermedades crónicas, para que, tal y como indicamos en nuestro trabajo, pueda acometerse un diálogo sereno y profundo entre el paciente y su equipo médico habitual, que permita al mismo posicionarse con información suficiente frente a las últimas fases de su enfermedad. En dicho sentido tal y como proponemos en nuestro trabajo los servicios de urgencias pueden contribuir mediante la difusión de folletos informativos al respecto. Con todo ello, se conseguirá que los DVA sean una herramienta habitual del proceso asistencial,

permitiendo enfocar y adecuar los esfuerzos terapéuticos a la voluntad del paciente y respetar así su principio de autonomía^{10,11}.

Bibliografía

1. Antolín A, Ambrós A, Mangirón P, Alves D, Sánchez M, Miró O. Grado de conocimiento del documento de voluntades anticipadas por el enfermo crónico que acude a urgencias. *Rev Clin Esp.* 2010;210:379–88.
 2. Antolín A, Sánchez M, Miró O. Cambios en el conocimiento y el posicionamiento de los pacientes con enfermedades crónicas respecto al testamento vital tras un período de 5 años desde su regulación legislativa y su difusión a la población general. *Gac Sanitaria. Gaceta 10-185-R2* (en Prensa).
 3. Antolín A, Sánchez M, Llorens P, Martín Sánchez FJ, González-Armengol JJ, Ituño JP, et al. Conocimiento de la enfermedad y del testamento vital en pacientes con insuficiencia cardiaca. *Rev Esp Cardiol.* 2010;63:1410–8.
 4. Ovens H. Saturación de los servicios de urgencias. Una propuesta desde el Sistema para un problema del Sistema. *Emergencias.* 2010;22:241–3.
 5. Juan A, Enjamio E, Moya C, García Fortea C, Castellanos J, Pérez Mas JR, et al. Impacto de la implementación de medidas de gestión hospitalaria para aumentar la eficiencia en la gestión de camas y disminuir la saturación de urgencias. *Emergencias.* 2010;22:249–53.
 6. Saldaña Martínez MJ, Vegas Ibáñez F, Cebollero Leu N. Asistencia domiciliaria de urgencia a enfermos paliativos por unidades extrahospitalarias: factores asociados a la resolución de la consulta en el domicilio. *Emergencias.* 2010;22:441–4.
 7. Ferrer Pérez AI, Vidal Losada MJ, Tobeña Puyal M, Serrano Solares S, Ruiz-Echarri Rueda M, Pillastre Boscos E. Evaluación sintomática del paciente oncológico en urgencias. *Emergencias.* 2009;21:186–8.
 8. Aguirre Tejedo A, Echarte Pazos JL, Minués Massó S, Supervía Caparrós A, Skaf Peters E, Campodarve Botet I. Implementación de un “Código sepsis grave” en un servicio de urgencias. *Emergencias.* 2009;21:255–61.
 9. Ayuso Baptista F, Jiménez Moral G, Fonseca del Pozo FJ. Manejo de la insuficiencia respiratoria aguda con ventilación mecánica no invasiva en urgencias y emergencias. *Emergencias.* 2009;21:189–202.
 10. Sanz-Ortiz J. ¿Es posible gestionar el proceso de morir? Voluntades anticipadas. *Med Clin (Barc).* 2006;126:620–3.
 11. Solsona Durán JF. Voluntades anticipadas: una herramienta para anticipar acontecimientos y facilitar la asistencia urgente. *Emergencias.* 2007;19:239–40.
- A. Antolín Santaliestra*, M. Sánchez Sánchez y
Ò. Miró Andreu
- Servicio de Urgencias, Hospital Clínic i Provincial,
Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ANTOLIN@clinic.ub.es
(A. Antolín Santaliestra).

doi:10.1016/j.rce.2011.01.016

Diarrea como primera manifestación del síndrome pluriglandular autoinmune tipo II (síndrome de Schmidt)

Diarrhea as first manifestation of the autoimmune pluriglandular syndrome type II (Schmidt Syndrome)

Sr. Director:

Cuando hay una disfunción inmunitaria que afecta a dos o más glándulas endocrinas y existen otros trastornos inmunitarios no endocrinos, se debe considerar la posibilidad de que exista un síndrome poliglandular autoinmune (SPA). Se clasifican en tres tipos según la clasificación de Betterle de 2002¹. El SPA tipo II o síndrome de Schmidt se caracteriza por la aparición de insuficiencia suprarrenal primaria¹, además de enfermedad de Graves o hipotiroidismo autoinmune, diabetes mellitus tipo I e hipogonadismo primario². Se estima que su prevalencia es de 1,4-2 por cada 100.000 habitantes y las mujeres se afectan unas tres veces más que los hombres³. Presentamos el caso de una paciente de 29 años que debutó con manifestaciones gastrointestinales en relación con un viaje.

Mujer de 29 años sin antecedentes patológicos de interés, antecedentes familiares de enfermedad tiroidea paterna no especificada. En tratamiento con hierro oral por anemia ferropénica. Consultó por cuadro de 15 días de evolución de

hiporexia y náuseas, así como diarrea (3-4 deposiciones diarias de consistencia blanda) sin productos patológicos, con pérdida de unos 6 kg de peso. Relacionaba el inicio de los síntomas con un viaje a Malta, si bien la familia refería cambios en el carácter y disminución de la ingesta de al menos dos meses de evolución. Al ingreso presentaba hipotensión arterial (85/53 mmHg) y febrícula de 37 °C. En el electrocardiograma se demostró taquicardia sinusal a 114 latidos por minuto. De complejión delgada, normohidratada, la exploración no aportaba otros datos relevantes. En el estudio analítico destacaba bicitopenia con $3,0 \times 10^9/l$ leucocitos con fórmula normal, hemoglobina 8,3 g/dl, hematocrito 23% (normocítica, normocrómica); elevación de transaminasas con aspartato aminotransferasa 114 U/l, alanina aminotransferasa 121 U/l, velocidad de sedimentación globular (VSG) 60 mm/h, proteína C reactiva 4,2 mg/l. Existían datos de malnutrición crónica como colesterol total 57 mg/dl, proteínas totales 4,5 g/dl y albúmina 2,5 g/dl. Los coprocultivos e investigación de parásitos en heces, así como serologías para virus de la hepatitis B, virus de la hepatitis C, virus de la inmunodeficiencia humana, *Salmonella typhi* y *Yersinia enterocolitica* fueron negativos. Las pruebas de función tiroidea mostraban hormona estimulante tiroidea (TSH) suprimida (0,01 ng/dl) y T4 5,8 ng/dl (hipertiroidismo primario), confirmándose enfermedad de Graves mediante la determinación de anticuerpos frente a receptor de TSH (TSI: 2,3 U/l). La gammagrafía mostró bocio multinodular (BMN) con nódulos calientes. Ante la persistencia de hipotensión y astenia intensa se determinó cortisol basal cuyo valor fue 0,0 mcg/dl, con hormona adrenocorticotropa (ACTH) 876 ng/dl.