

toma presenta finalmente diagnósticos relacionados con el tracto urinario¹. Así, el valor predictivo negativo calculado sólo serviría de referente al enfrentarnos a un paciente sin clínica de disuria y sin otros síntomas asociados a la ITU, y estaría sobreestimado en el caso de abordar un paciente con clínica de ITU diferente de la disuria. Sería deseable un diseño similar al que propone el grupo de Santos, con un grupo control en el que hubiese más pacientes con situaciones clínicas que se solapasen o correspondiesen a una ITU. Pero, ¿cuántos pacientes en la práctica habitual presentan síntomas como polaquiuria o tenesmo, sin uno de los criterios de exclusión que planteamos, y no refieren disuria tras un interrogatorio dirigido? Debemos reconocer que un pragmatismo excesivo nos llevó a una laxitud en el diseño que le hace alejarse de la idoneidad.

No obstante, mantenemos la conclusión de nuestro estudio. Creemos necesario un abordaje diagnóstico prudente de la ITU, que incluya pruebas con valor predictivo positivo más elevado, pues éste no resulta infraestimado a pesar del diseño.

Por otra parte, Santos et al han identificado una errata, pues en el apartado material y métodos donde dice «se estimó una prevalencia del síntoma en el área de estudio del 12%...» debe decir, «se estimó una prevalencia de la enfermedad en el área de estudio del 12%...», pues esa es la información a la que hacen referencia las citas 20 y 21 del artículo original^{4,5}.

Para terminar, y sin querer por ello minimizar la aportación fundamental de la carta que contestamos, creemos que Santos y su grupo incurren en un error al pretender estimar la prevalencia de la ITU dividiendo el número de diagnósticos por el total de la muestra, pues se trata de un grupo en el que está sobrerepresentada esta enfermedad, porque así lo exige el diseño. Así, la prevalen-

cia de período de la ITU en 6 meses no puede ser del 29,3%. Esa es la prevalencia en la muestra, que no puede utilizarse para estimar la prevalencia poblacional, necesaria para el cálculo de los valores predictivos⁶, pues no se ha realizado una selección aleatoria de los sujetos de la población.

J. Martín Fernández, R. Martín Álvarez y C. Lobón Agúndez

Área 11 de AP. INSALUD. Madrid.

1. Martín Álvarez R, Martín Fernández J, Lobón Agúndez C, Hernando López T, Crespo Garzón AE, Sabugal Rodelgo G. ¿Es útil la disuria para el diagnóstico de la infección del tracto urinario? Aten Primaria 2000; 26: 550-553.
2. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina basada en la evidencia. Madrid: Churchill Livingstone, 1997.
3. Jaeschke R, Guyatt G, Sackett DL for the Evidence-Based Working Group. User's guide to the medical literature. III. How to use an article about a diagnostic test: A. Are the results of the study valid? JAMA 1994; 271: 389-391.
4. Gómez J, Ausejo M, Acuña R, Sáez M, Rodríguez C, Díaz F et al. Tratamiento farmacológico de las infecciones urinarias en adultos. Hoja de Evaluación terapéutica de la Comisión de Farmacia y Terapéutica Área 11 INSALUD. Madrid, agosto 1995; 73.
5. Alberquilla A, Arce A, García de Codes A, González Rodríguez-Salinas C, Pilas Pérez M, Rivera Guzmán JM. Morbilidad. Boletín de indicadores SISA 11. Área 11 del INSALUD. Madrid, mayo 1995; 4.
6. Hulley SB, Cummings SR. Clinical research. An epidemiologic approach. Madrid: Harcourt Brace, 1993.

Comentarios a la infravaloración de los criterios de la ADA respecto a la prevalencia de diabetes en la población española de más alto riesgo

Sr. Director: Hemos leído con atención el interesante artículo

de F. Martín Luján et al¹, en el que se postula que la aplicación de los criterios diagnósticos propuestos² por la Asociación Americana de Diabetes (ADA) en 1997 infravaloran el impacto de la diabetes en la población española de más alto riesgo. Dicha hipótesis nos parece de gran interés, pero nos gustaría realizar algunas consideraciones metodológicas que podrían afectar a las conclusiones del estudio comentado¹.

En primer lugar, es posible, puesto que no se utilizan técnicas de muestreo, que se haya producido un sesgo de selección de los pacientes. En el artículo¹ sólo se especifica que «se llevó a cabo un proceso de detección selectiva entre los individuos de alto riesgo de diabetes», suponiéndose que se incluyó a los pacientes de manera consecutiva, sin especificar durante qué período de tiempo (hecho importante, puesto que si el período de tiempo fuese prolongado posiblemente este sesgo sea de poca magnitud, ya que la mayor parte de la población censada suele acudir en algún momento a su centro de salud). Los autores detallan que no se hallaron diferencias con los escasos individuos excluidos, pero hubiera sido más interesante saber si había diferencias (edad, sexo, índice de masa corporal y otros factores de confusión) con los sujetos que vivían en la misma zona geográfica y no se incluyeron en el estudio. En segundo lugar, se puede haber producido un sesgo de selección al excluir a los pacientes con accidente cerebrovascular grave durante los últimos meses, infarto de miocardio durante los últimos 3 meses, angina inestable e insuficiencia renal¹, puesto que dichas enfermedades son mucho más frecuentes en pacientes con diabetes o alteraciones del metabolismo glucídico². Pero la principal consideración respecto a los criterios de selección es que se excluye¹ a los pacientes diagnosticados previamente de diabetes mellitus an-

tes de la visita de cribado, por lo que las conclusiones del estudio sólo se pueden aplicar a los pacientes con diabetes mellitus ignorada en la población española de alto riesgo. Creemos que el título y el resumen del original deberían explicar este hecho, máxime teniendo en cuenta que en un artículo³, realizado por el mismo grupo de trabajo con los mismos pacientes, se recoge en el título dicho hecho con precisión.

En tercer lugar, los autores mencionan¹ que ante una glucemia basal inferior a 140 mg/dl se practicó una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) estandarizada, determinando la glucemia a las 2 horas en sangre venosa. No se especifica si se repitió la PTOG, tal y como recomiendan tanto la ADA² como la OMS⁴, puesto que la PTOG es una prueba con un gran número de falsos positivos. De hecho, uno de los aciertos de los nuevos criterios¹ propuestos por la ADA consiste precisamente en optar por una prueba como la glucemia basal que es, como reconoce uno de los firmantes, más sencilla, barata y reproducible⁵ que la PTOG. Aunque tanto la ADA² como la OMS⁴ aceptan una sola determinación basal o por PTOG en estudios epidemiológicos o para el cribado, creemos que los índices de superposición (fig. 2) y la curva ROC (fig. 3) deberían de basarse en 2 determinaciones, debido a la baja reproducibilidad del PTOG. Por tanto, creemos que se deberían de interpretar con precaución algunas de las conclusiones del estudio, como que la aplicación de los criterios de la ADA infravaloran el impacto de la diabetes precisamente en la población de más alto riesgo, debido a los sesgos de selección e información mencionados. En todo caso dicha conclusión sólo sería aplicable a las diabetes mellitus no diagnosticadas, hecho que debería reflejarse en el resumen. Tampoco nos parece acertada la conclusión de que la PTOG continúa siendo clave en la detec-

ción de la diabetes, puesto que no se han realizado 2 determinaciones, al margen de que es una prueba cara, complicada y que no se realiza en la práctica habitual⁵. Por último, no compartimos la recomendación de realizar una PTOG ante una glucemia ≥ 110 mg/dl, tal y como proponen los firmantes del artículo¹. Coincidimos más con la filosofía de la ADA², que no aconseja la PTOG, optando por el diagnóstico mediante glucemia basal, tanto de la diabetes como de las alteraciones del metabolismo glucídico como la glucemia basal alterada. Esta línea ha sido adoptada por el GEDAPS⁶ y por los Programas Básicos de Salud de la semFYC. No debe de olvidarse que el modelo de atención primaria contempla al individuo desde una perspectiva longitudinal: ante una glucemia ≥ 110 mg/dl, se debe valorar el riesgo macrovascular, que es el responsable de la elevada morbimortalidad de la diabetes y otros estados con hiper glucemia. La evolución posterior, a partir de la glucemia basal en plasma, que es una prueba más sencilla, barata y reproducible, ya nos dirá si nuestro paciente acaba o no siendo diabético.

J.M. Baena Díez, J.L. Martínez Martínez, P. Piñol Forcadell y B. Álvarez Pérez

Área Básica de Salud (ABS) Dr. Carles Ribas (Barcelona).

1. Martín Luján F, Costa Pinel B, Donado-Mazarrón Romero A, Basora Gallissà T, Basora Gallissà J, Piñol Moreso JL y el Grupo de Investigación sobre Intolerancia a la Glucosa (Reus-Tarragona). Los criterios de la ADA infravaloran el impacto de la diabetes en la población española de más alto riesgo. Aten Primaria 2000; 26: 517-524.
2. The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Report of the Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 1997; 20: 1183-1197.

3. Costa B, Martín M, Donado A, Parera F, Piñol JL, Basora J et al y el Grupo de Investigación ITG (Reus, Tarragona). Diabetes ignorada y otras alteraciones del metabolismo glucídico en la población española de alto riesgo. El Estudio ITG. Med Clin (Barc) 2000; 114: 601-608.
4. Alberti KGMM, Zimmet PZ for the WHO Consultation. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Provisional report of WHO consultation. Diabetes Med 1998; 15: 539-553.
5. Costa B. ¿Cómo diagnosticaremos en España la diabetes más allá del año 2000? Med Clin (Barc) 1999; 112: 572-574.
6. GEDAPS (Grupo de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud). Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Guía para el tratamiento de la diabetes tipo 2 en la Atención Primaria (3.^a ed.). Madrid: Harcourt, 1999.

Respuesta de los autores (más argumentos a favor de que los criterios de la ADA infravaloran el impacto de la diabetes en población española de más alto riesgo)

Sr. Director: Era previsible que algún equipo afín al círculo diabetológico de la atención primaria, o simplemente interesado por la diabetes, discrepase sobre ciertos puntos de vista del grupo de investigación sobre intolerancia a la glucosa (ITG) de Reus-Tarragona, publicados en esta revista¹. Plasmarlo por escrito exige un sobresfuerzo adicional, por lo que agradecemos a Baena et al² sus sutiles críticas, no exentas de algún ingenio. Es posible que los defectos metodológicos que ellos detectan hayan pasado desapercibidos a todos los comités científicos de los diversos congresos internacionales que aceptaron comunicaciones sobre esta línea de investigación, incluyendo la propia American