

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

Diabetes Association (ADA), que ha debido pasarlos por alto durante 3 años consecutivos³⁻⁵. Tal vez también fuera un error del jurado de la semFYC premiar en 1999 este mismo trabajo, teniendo en cuenta los problemas que critican. Finalmente, es posible, aunque desde luego poco probable, que los revisores de ATENCIÓN PRIMARIA, último filtro crítico antes de Baena et al, no percibiesen todas esas irregularidades metodológicas a las que aluden. Con todo, no consideramos que sus incisivos comentarios sean fruto de la ingenuidad sino de una meticulosa disección del artículo. Aunque apreciamos el interés por nuestro trabajo y su generosa inversión de tiempo, el grupo ITG ha acordado no entrar en el debate metodológico por respeto a la opinión favorable de los epidemiólogos y expertos que precedieron a Baena et al.

Su afán por la pulcritud metodológica es loable, pero no enmascara, en todo caso simplifica, el dilema subyacente: usar o no la prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG). No uno concreto, sino todos los miembros del grupo ITG, estaban ya convencidos del valor, pero sobre todo de la comodidad, de aplicar la glucemia basal para clasificar y diagnosticar en población general y de riesgo. Sin embargo, tanta cautela en la interpretación de nuestros resultados por parte de Baena et al nos confunde. En realidad, nuestra particular cautela se focaliza en no promocionar el uso de la glucemia basal, reteniendo por ahora la PTOG, para detectar diabetes en la población de mayor riesgo, base de cualquier programa de prevención primaria de la enfermedad. De hecho, otros grupos con consejeros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuyo currículo investigador está libre de toda sospecha, se hallan en la misma línea filosófica, y tal vez por ello la OMS no ha asumido todavía por entero los criterios de la ADA⁶.

Baena et al saben bien que el impacto de la diabetes se valora por su prevalencia, pero también por su incidencia. Desde ambas perspectivas, la diabetes ya conocida no es otra historia pero sí otro capítulo. Tampoco es ningún secreto que el grupo ITG busca la prevención primaria que, como es lógico, se ha de cimentar en la población libre de enfermedad. Quizás lo más notorio sobre la prevalencia no es que los criterios ADA la infravaloren en sujetos de riesgo, sino que este efecto es muy variable según la serie revisada, oscilando desde la reducción al franco incremento⁷. En cuanto a la incidencia de diabetes en la población de alto riesgo, no existen todavía publicaciones en España y es significativo que sólo haya una muy reciente sobre incidencia en la población general⁸. Sin embargo, dado el interés de Baena et al por lo que ellos denominan «contemplar al individuo desde una perspectiva longitudinal», les sugerimos hojear el suplemento que ATENCIÓN PRIMARIA dedicó al Congreso de la semFYC (Gijón-2000)⁹, aunque les anticipemos algún dato de nuestra cohorte¹⁰. Durante una mediana de seguimiento mayor de 3 años, la incidencia media anual de diabetes en 243 sujetos de riesgo, con y sin ITG, fue un 9,2% con criterios OMS y tan sólo un 4,6% con criterios ADA. La glucemia basal, a las 2 horas de la PTOG, así como el diagnóstico de ITG en el cribado, pero no así la categoría diagnóstica de glucemia basal alterada (110-125 mg/dl), predijeron la incidencia de diabetes. Estos datos concuerdan de nuevo con estudios de superior categoría reforzando una idea: los nuevos criterios infravaloran el impacto de la diabetes en sujetos de riesgo⁶. En confianza, con estos datos en la mano es ciertamente incómodo omitir la PTOG en personas con hiperglucemia basal no diabética. Respetamos, aunque no compartimos, su opinión pero no entendemos que Baena et al prefieran es-

perar la evolución para ver si «su paciente acaba o no siendo diabético». Como justifican esa espera basándose en el riesgo cardiovascular, y por si los resultados DECODE no fueran explícitos sobre el riesgo imputable a la hiperglucemia tras sobrecarga, añadiremos que colaboramos con el grupo Raval Sud (Barcelona) en un estudio conjunto sobre este particular. En una muestra autóctona de 970 sujetos de alto riesgo, aplicar estrictamente los criterios ADA podría significar una cierta demora en la detección temprana del riesgo cardiovascular asociado a la diabetes. Si el registro de episodios cardiovasculares que efectuamos lo corrobora, Baena et al se podrían incluso quedar sin argumentos para seguir esperando la aparición de diabéticos vía ADA. No lo duden, ni la comodidad suplanta a la corrección ni consensuar significa necesariamente consentir.

**B. Costa Pinel, F. Martín Luján,
A. Donado-Mazarrón Romero,
JL Piñol Moreso y el Grupo
de Investigación ITG
(Reus-Tarragona)***

*El listado de los 82 miembros del grupo de investigación fue publicado en el artículo original referenciado1.

Direcciones de Atención Primaria Reus-Altebrat y Tarragona-Valls. Institut Català de la Salut. Dirección de Atención Primaria Grup Sagessa (Reus, Tarragona). Unidad de Diabetes. Hospital Móra d'Ebre. Tarragona.

1. Martín F, Costa B, Donado A, Basora T, Basora J, Piñol 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. Baena JM, Martínez JL, Piñol P, Álvarez B. Comentarios a la infravaloración de los criterios de la ADA respecto a la prevalencia de diabetes en la población española de más alto riesgo. Aten Primaria 2001; 27: 522-523.

3. Costa B, Franch J, Donado A, Morató J, Martín F, Daniel J. Impact of the ADA-97 classification and diagnosis criteria on high-risk Spanish population. *Diabetes* 1998; 47 (Supl 1): 384.
4. Costa B, Franch J, Donado A, Morató J, Martín F, Basora J, IGT Research Group. Cardiovascular risk and statistical concordance related to WHO-85 vs. ADA-97 diagnostic categories on high-risk Spanish population. *Diabetes* 1999; 48 (Supl 1): 394-395.
5. Costa B, Martín F, Donado A, Basora J, Piñol JL, IGT Research Group. Impaired glucose tolerance vs. impaired fasting glucose (isolated and global) phenotype and prevalence among high risk Spanish individuals. *Diabetes* 2000; 49 (Supl 1): 191.
6. Shaw JE, Zimmet PZ, Hodge AM, De Courten M, Dowse GK, Chitson P et al. Impaired fasting glucose: how low should it go? *Diabetes Care* 2000; 23: 34-39.
7. The DECODE-Study Group on Behalf of the European Diabetes Epidemiology Study Group. Will new diagnostic criteria for diabetes mellitus change phenotype of patients with diabetes? Reanalysis of European epidemiological data. *BMJ* 1998; 317: 371-375.
8. Vázquez JA, Gatzambide S, Soto-Pedre E. Estudio prospectivo a 10 años sobre la incidencia y factores de riesgo de diabetes mellitus tipo 2. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 534-539.
9. Basora MT, Martín F, Donado A, García MT, Piñol JL, Costa B y el Grupo de Investigación ITG. La ITG duplica el riesgo y triplica la incidencia media de diabetes en población española de alto riesgo: ¿tan sólo riesgo o la propia enfermedad? *Aten Primaria* 2000; 26 (Supl 1): 259.
10. Costa B, Hernández JM, Basora T, Piñol JL, Grupo de Investigación ITG. Incidencia de diabetes en la población española de mayor riesgo. *Med Clin (Barc)* 2001; (en prensa).

El futuro de la estructura docente de la especialidad de medicina familiar y comunitaria

Sr. Director: En los últimos meses se ha propuesto un interesante debate sobre el futuro de la es-

tructura docente para la formación de especialistas en medicina familiar y comunitaria (MFyC). Aunque, por el momento, las ideas expuestas no están totalmente perfiladas, un grupo de coordinadores de unidades docentes (UD) creemos oportuno aportar nuestra visión sobre la forma de organización actual y su futuro a corto y medio plazo.

La actual estructura está constituida en torno a las UD. En ellas se establece cómo se aplicará el programa de especialidad en cada área de salud. En esta toma de decisiones participan, a través de la comisión asesora, los residentes, los tutores, el coordinador de la UD y representantes de la comunidad autónoma. A su vez, las UD están insertas en la estructura de las direcciones de atención primaria. Este sistema de organización ha tenido unos resultados que se concretan en la formación de unos 12.000 médicos de familia en los dos últimos decenios. La organización descrita se gestó en íntima relación con el proceso de reforma de la atención primaria. La creación de las UD al amparo de la OM de diciembre de 1983 y del RD 137/84, a partir del germen de las unidades piloto de MFyC, constituyó la piedra angular de la formación de especialistas.

Los responsables de estas UD tuvieron, en primer lugar, funciones provinciales, que más tarde fueron descentralizadas. Las normativas posteriores, como la OM de junio de 1995 permitieron la «profesionalización» de los responsables de estas unidades, dejando atrás una etapa que basaba la organización en el voluntarismo, y que sin embargo tuvo resultados plenamente positivos para nuestra especialidad.

Pero el incuestionable papel histórico desempeñado, en ningún modo justificaría el enquistamiento y la complacencia con el modelo de organización conseguido.

Así, en los últimos meses se han dejado escuchar opiniones cualificadas que pedían la revisión de estas estructuras con mayor o menor urgencia.

Éstas se fundamentan en la desmotivación profesional y en las carencias actuales del sistema^{1,2}, en innovaciones organizativas más o menos exitosas o en la necesidad de continua evolución de las instituciones y sus elementos³.

Entendemos que debe hacerse una mirada crítica de la situación actual para ofrecer propuestas de cambio. Pero no pueden desvincularse estas propuestas de la realidad del sistema sanitario público donde están insertas. Cualquier reforma profunda de la estructura docente debe contemplar la situación presente e intuir el marco futuro del sistema sanitario.

Entre las ideas novedosas que han sido objeto de discusión, una llama poderosamente la atención, tanto por la argumentación de conjunto, que aboga por la desaparición de las actuales UD, para sustituirlas por lo que se da en llamar servicios de atención primaria, como por la utilización de figuras ya conocidas, en concreto la de jefatura de servicio^{1,2}.

En los planteamientos expuestos hasta el momento no se ha profundizado demasiado en esa nueva estructura, quizás porque aún no haya habido ocasión, pero se dibuja con trazo grueso un sistema organizativo que a algunos profesionales implicados en la estructura docente actual nos causa cierta sorpresa. Y vaya por delante que no es el deseo de supervivencia el que nos mueve a hacer estas reflexiones. Comprendemos que tanto la figura como las funciones de los actuales coordinadores de UD son perfectamente cuestionables, pero en el seno de un proceso de debate y reflexión, en el que participen el conjunto de los elementos implicados en la formación de los especialistas en MFyC.