

Agudización del asma bronquial y fracaso de anticonceptivo oral

Introducción. La anticoncepción hormonal oral (AHO) es un método anticonceptivo eficaz; sus fallos pueden ser debidos a un mal cumplimiento terapéutico, o por modificación de la farmacocinética en cuanto a su absorción o interacciones¹. Presentamos un caso en el que la agudización del asma bronquial causó el fracaso anticonceptivo.

Caso clínico. Mujer de 32 años a la que, pese a un buen cumplimiento del tratamiento con anticonceptivo oral en los últimos 5 años, se diagnosticó un embarazo no deseado. La fecha de la última regla por ecografía se dató el 7 de junio de 2001. Entre los antecedentes personales de la paciente cabe destacar rinitis alérgica y asma bronquial con múltiple sensibilización a aeroalergenos desde la infancia. Los últimos años se mantenía la mayor parte del año sin síntomas de asma, y solamente presentaba tos o ligera disnea durante 2-4 semanas, en meses de frío. En abril de ese mismo año había presentado tos a diario, por lo que se pautó un tratamiento con inhalaciones de 400 µg de budesonida cada 12 h y 200 µg de salbutamol a demanda; pero interrumpió la budesonida después de mejorar la tos. Posteriormente, desde finales de mayo hasta últimos de junio, había vuelto a padecer tos frecuente con episodios paroxísticos de tos muy irritativa que varias veces, y predominantemente después de la última regla, le habían provocado vómitos cuando se acostaba.

Discusión y conclusiones. En mujeres con buen cumplimiento de AHO, el vómito de alguna dosis puede ser la causa del fracaso de la anticoncepción; probablemente sucedió así en este caso, pues la mujer era consciente de haber vomitado varias noches poco después de tomar el anticonceptivo, a consecuencia de los episodios de tos nocturna, y precisamente en el período en que se produjo la concepción. Es conocido el fracaso anticonceptivo causado por vómitos en enfermedad digestiva², pero no en-

contramos nada publicado que describa la tos emetizante como su causa. La tos irritativa puede inducir el vómito. A menudo la tos persistente es el síntoma predominante del asma, y puede ser su única manifestación³. Se diría, según la clasificación en escalones de la GINA, que la enfermedad se intensificó desde un asma leve intermitente a una fase de asma moderada persistente⁴. Esta clasificación indica el cambio del tratamiento cuando evoluciona la gravedad del asma; consiguientemente, le fue pautado un tratamiento de mantenimiento con corticoides inhalados, pero lo abandonó. También establece la necesidad de identificar y evitar los desencadenantes: encontramos que la paciente estuvo expuesta a varios factores del ambiente desencadenantes del asma alérgica, como alérgenos de interiores⁵ (vivía con un gato pese a saber que estaba sensibilizada a ácaros del polvo doméstico y a epitelios de animales) y alérgenos de exteriores (el período en que presentó más síntomas coincidió con la época en la que se detectan las mayores concentraciones atmosféricas de polen de gramíneas en la ciudad de Santander⁶); además, por su trabajo en un bar estaba expuesta a irritantes inespecíficos del asma: humos de tabaco y de la cocina. Esta exposición a factores ambientales representa un probable agente causal de la situación de asma inestable. El caso que comunicamos es el primero en el que se atribuye el fracaso de la anticoncepción con AHO a la tos emetizante de una asmática mal controlada. Para el control del asma bronquial se debe tener presente la evolución a una fase de mayor gravedad e insistir en el cumplimiento de la medicación antiasmática necesaria en cada uno de los escalones de la enfermedad, así como en la identificación y evitación de sus factores desencadenantes. Se advertirá a las mujeres que cualquier vómito en las horas posteriores a tomar la dosis del anticonceptivo, aunque sea consecuencia de una crisis de tos, puede ser causa de un fallo del método.

V. de Benito Rica y J. Gutiérrez Frías

Centro de Salud Cazoña. Santander. Unidad Docente de MFyC de Cantabria. España.

1. John AH, Jones AJ. Gastroenteritis causing failure of oral contraception. *BMJ* 1975;3:207-8.
2. Johnson D, Osborn LM. Cough variant asthma: a review of the clinical literature. *J Asthma* 1991;28:85-90.
3. Pocket guide for asthma management and prevention. Global Initiative for asthma. NIH-NHLBI pub 95-3659 B, 1998.
4. Platts-Mills TA, Vaughan JW, Carter MC, Woodfolk JA. The role of intervention in established allergy: avoidance of indoor allergens in the treatment of chronic allergic disease. *J Allergy Clin Immunol* 2000;106:787-804.
5. De Benito V, Soto J. Polinosis y aerobiología del polen en la atmósfera de Santander. *Alergol Inmunol Clin* 2001;16:84-90.

Estudio de la infección urinaria en un área de Terrassa

Introducción. La infección urinaria (IU) es el segundo motivo de consulta de causa infecciosa en atención primaria (AP). Es preciso realizar un tratamiento antibiótico empírico por imposibilidad de esperar el resultado de los cultivos.

Objetivo. Conocer los gérmenes causales más comunes y su sensibilidad a los antimicrobianos en la zona de influencia de un área de Terrassa.

Emplazamiento. Durante el período octubre 1999-mayo 2000 se incluyó en este estudio a las mujeres que acudían a las 7 consultas de médicos de familia del CAP Terrassa Sur con sintomatología de cistitis y se recogían todos los datos cuyos resultados presentamos seguidamente.

Participantes. Se incluyó a 88 mujeres con edad media de 43,7 años. El 69,3% estaban casadas y el 15,9%, solteras. Un 30,6% tenía dos hijos, el 27% más de dos y el 41,9% uno o ninguno. El 45,5% eran amas de casa, y sólo un 1,2% tenían estudios superiores.

Mediciones y resultados. El antecedente más importante era el de haber padecido alguna IU previamente (68%)¹, seguido del déficit de ingesta hídrica (30%) y el coito (21,5%).

Palabras clave: Asma. Tos. Vomitar. Anticonceptivos orales. Embarazo no deseado.

1. Kubba A, Guillebaud J, Anderson RA, MacGregor EA. Contraception. *Lancet* 2000;356:1913-9.

Palabras clave: Infección urinaria. Cataluña. Epidemiología. Etiología. Tratamiento.

TABLA 1. Gérmenes aislados en los cultivos

	Cultivo (%)
<i>E. coli</i>	72,9
<i>Proteus mirabilis</i>	8,1
Enterococo	5,4
<i>Klebsiella</i>	5,4
<i>S. saprophyticus</i>	1,1
<i>C. albicans</i>	1,1

Los síntomas más frecuentes eran disuria (85%) y polaquiuria (78,4%), y con menor frecuencia dolor suprapúbico (50%), urgencia miccional (44,3%), tenesmo (32%), escozor (31%) y otros (como dolor lumbar o hematuria) en el 10%.

En la tira reactiva de orina aparecían leucocitos en el 97,7% de los casos, nitritos en un 51% y hematías en un 81,8%².

En los cultivos positivos, el germen más aislado fue *Escherichia coli* (72,9%), seguido de *Proteus mirabilis* (8,1%), enterococo (5,4%), *Klebsiella* (5,4%), un caso de *Staphylococcus saprophyticus* y un caso de *Candida albicans* (1,1%)¹⁻⁶ (tabla 1).

El antibiograma demostró que *E. coli* presentaba resistencias a la ampicilina en el 51,8%, al ácido nalidíxico y al ácido pipemídico en el 29,6%, al cotrimoxazol en el 18,5% y un 11,1% de resistencia a norfloxacino y ciprofloxacino^{1,3,4}.

Sólo en un 2,2% de los casos se solicitó una analítica sanguínea, en un 3,4% se solicitó una ecografía, en un 2,2% una radiología simple y en un 1,1% una pielografía. El 5,6% de casos fueron derivados al especialista (urología).

Discusión y conclusiones. Encontramos hasta 11 pautas antibióticas diferentes. El fármaco más usado es una quinolona, el norfloxacino (55,6%), a dosis de 400 mg/12 h durante 7 días, seguido de la cefuroxima, a dosis de 500 mg/12 h durante 6 días (18,1%) y 250 mg/12 h durante 6 días (5,6%)⁵. Con menor frecuencia se prescribieron cefixima, ciprofloxacino, amoxicilina-ácido clavulánico, fosfomicina y ácido pipemídico.

La media de días hasta la visita de control fue de 9,8, y 8 casos no acudieron. El 96% de las mujeres aseguraba haber realizado correctamente el tratamiento y un 82,9% afirmaba estar asintomáticas⁶. En el 4,5% se cambió el antibiótico por el resultado del antibiograma. En el 45,5% de las mujeres se realizó cultivo postratamiento.

**T. Mur Martí^a, E. Jorba Casellas^b
y M. Díez-Caballero Murua^c**

^aMédico de familia. ^bResidente de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria.

^cResidente de primer año de Medicina Familiar y Comunitaria.

CAP Terrasa Sur, Mútua de Terrasa. España.

1. Redondo Sánchez J. Levofloxacino en infecciones prevalentes en asistencia primaria. *Enf Infecc Microbiol Clin* 1999;17(Supl 1):29-33.
2. Pallares J, Casas J, Guarga A, Marquet R, Grifell E, Juvé R, et al. Métodos de diagnóstico rápido como predictores de infección urinaria en atención primaria. *Med Clin (Barc)* 1998;91;775-8.
3. Ibarburu I, Labraca J, Lerma M, Solanas B. Infecciones del tracto urinario en atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 26:65.
4. Casas J, Pallarés J, Guarga A, Grifell E, Marquet R. Amoxicilina-ácido clavulánico y trimetoprim en el tratamiento de la infección urinaria en atención primaria. *Aten Primaria* 1990;7:127-30.
5. Vinyes-Miralpeix A, Targa X. Infecciones urinarias. Sensibilidad hospitalaria a los antibióticos en la provincia de Girona. *Aten Primaria* 1992;10:22-6.
6. Blázquez ML, González E, Calvo E, Kloppe P, Martín-Rabadan M, Ruiz de Adana R. Auditoría de historias clínicas: estudio clinicomicrobiológico de infecciones urinarias en un equipo de atención primaria. *Aten Primaria* 1989;6: 11-6.

¿Adolescentes o menores de edad?

Sr. Director: Al consultar la bibliografía necesaria para la realización de un estudio¹, nos hemos encontrado con que en la mayoría de las publicaciones sobre la anticoncepción poscoital se habla de los adolescentes como grupo de especial riesgo y se hace referencia a la definición de la Organización Mundial de la Salud, pero sin acotar de forma clara el rango de edad y sin la cita bibliográfica de dicha referencia. De forma más concreta, el corrector de nuestro estudio nos comenta: «Por parte de la OMS se considera la adolescencia el período comprendido entre los 10 y los 19 años inclusive».

Otros autores refieren que la adolescencia va, por convención, desde los 12 a los 19 años de edad². La Asociación Internacional para la Salud de los Adolescentes (IA-AH), dependiente de la OMS, incluye a los jóvenes entre los 10 y los 24 años³.

Lejos de nuestra intención está enmendar a la OMS pero, si nos atenemos a la definición de adolescencia: «época que se extiende desde los primeros signos de pubertad hasta que el individuo ha alcanzado toda su madurez psicofísica»⁴, no es un concepto que se pueda acotar en un rango de edad fijo, sobre todo en lo relativo a la madurez psíquica, para todas las épocas, países o circunstancias sociales. Y en España el límite de los 19 años es incierto.

En nuestro estudio hemos preferido no utilizar el término «adolescentes» por las siguientes razones:

– Los adolescentes no son un grupo numéricamente importante en la muestra, y tampoco encontramos en el análisis de los datos características diferenciadoras destacables en este grupo de edad.

– Definimos un grupo denominado «inicio de relaciones», cuyo rango de edad es de 14 a 32 años, no superponible al de la definición de la OMS sobre los adolescentes, pero desde el punto de vista psicosocial tiene características comunes con las presentadas en la adolescencia.

– Dados los problemas medicolegales para la prescripción de anticonceptivos poscoitales a los «menores de edad» (menores de 18 años), al igual que ocurre con la anticoncepción en general, hemos considerado más importante cuantificar y describir este grupo. En esta línea de pensamiento están

la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y la Sociedad Española de Contracepción, que recientemente han consensuado y editado la «Guía de actuación en anticoncepción de emergencia»⁵, en la que más de la mitad se dedica a contemplar los aspectos jurídicos de la prescripción a menores de edad.

En materia de planificación familiar y de anticoncepción poscoital en particular, nos parece más adecuado hablar del grupo de personas que están «iniciando relaciones» sexuales y que tienen unas características comunes como falta de información sobre los métodos anticonceptivos y su empleo con escasa frecuencia y de forma incorrecta o insegura, que de «adolescentes» en el sentido de grupo etario que define la OMS. Por otro lado, nos parece importante hablar de menores de edad por las implicaciones medicolegales que supone la anticoncepción en este grupo de edad.

S. Ruiz-Sanz^a y R. Pastor-Sánchez^b

^aResidente de tercer año de Medicina de Familia y Comunitaria. Área IV del INSALUD. Madrid. ^bMédico general. Centro de Salud Canillejas. Área IV del INSALUD. Madrid. España.

1. Ruiz S, Güell E, Herranz C, Pedraza CI. Anticoncepción poscoital. Características de la demanda [en prensa]. Aten Primaria 2002.
2. Casado I. Tratando (con) adolescentes. Atención Primaria 2000;26:21-3.
3. International Association for Adolescent Health [consultado 01/03/2002]. Disponible en: <http://www.iaah.org/files/iaah.htm>
4. Diccionario terminológico de ciencias médicas. 12.ª ed. Barcelona: Salvat Editores, 1984.
5. Álvarez D, Arribas L, Cabero L, Lete I, Ollé C, De Lorenzo R. Guía de actuación en anticoncepción de emergencia. La píldora del día después. Barcelona: Pulso Ediciones, 2002.

¿Cuál es el verdadero riesgo cardiovascular de los diabéticos?

Sr. Director: Hemos leído con atención el estudio de Otzet et al¹ (IGT Reseach

Group) sobre el riesgo cardiovascular (RCV) y el metabolismo de la glucosa, así como el comentario editorial¹, aparecidos ambos en el mismo número de la Revista. Nos gustaría comentar algunos aspectos del mencionado trabajo.

La conclusión principal del estudio¹ es que no existen diferencias significativas en el RCV y en la prevalencia de factores de riesgo entre las clasificaciones de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se confirma el acierto de la ADA al simplificar el diagnóstico de la diabetes mediante el uso de la glucemia basal, en detrimento del test de tolerancia oral a la glucosa (TTOG), prueba poco reproducible, cara, molesta para el paciente y escasamente implementada². En un reciente trabajo previo con similares criterios de selección³, el IGT Reseach Group concluye que el TTOG «continúa siendo clave en la detección de la diabetes». Por otro lado, Mata et al⁴ han demostrado que la aplicación de los criterios de la ADA compensa el retraso diagnóstico originado por no realizar el TTOG. Sería interesante conocer si estos resultados^{1,4} modifican la opinión de los miembros de este grupo, contradictoria con la que mantienen la ADA, las Sociedades Catalana y Española de Medicina Familiar y Comunitaria y, a nuestro entender, la mayor parte de los médicos de familia, dado el escaso uso del TTOG².

La inclusión de los pacientes¹ se ha realizado de manera consecutiva, sin muestreo. Se excluyó a los pacientes con diagnóstico previo de diabetes mellitus y con antecedentes o clínica de alguna manifestación de enfermedades cardiovasculares (sin especificar qué enfermedades ni sus criterios diagnósticos), que son más frecuentes en los pacientes diabéticos y con alteraciones del metabolismo glucídico. Además, sólo se incluyó a los pacientes de alto riesgo para presentar un trastorno del metabolismo de la glucosa. Por todo ello, no se puede descartar sesgos de selección y, en todo caso, sólo se puede aplicar las conclusiones del estudio a una población de alto riesgo, pero en la que paradójicamente se ha ex-

Palabras clave: Atención primaria. Diabetes. Riesgo cardiovascular.

cluido a diabéticos y a pacientes con enfermedades cardiovasculares, es decir, que ya tenían un elevado RCV. Los autores reconocen la posibilidad de un sesgo de selección solamente al incluir a pacientes de alto riesgo, justificándolo porque así conseguirían un número aceptable de sujetos con alteraciones del metabolismo hidrocarbonado, cuando lo lógico habría sido aumentar el tamaño de la muestra. Tampoco se detalla si los diagnósticos se realizaron mediante una o dos determinaciones (como sería recomendable, especialmente en el caso del TTOG, debido al elevado número de falsos positivos). La posibilidad de sesgos de selección e información nos parece por tanto elevada, dificulta la interpretación de los resultados del estudio y limita obviamente su validez interna y externa.

En cuanto al RCV, no nos parecen coherentes las diferencias de la tabla 4. Los pacientes diabéticos según la ADA tienen una proporción del 23,7% de casos con un RCV del 20-30%, que asciende al 38,6% en los diabéticos según la OMS ($p < 0,0001$). Según la ADA tienen un RCV $> 30\%$ el 52,5%, mientras que, paradójicamente, sólo es del 33,5% en los diabéticos según la OMS ($p < 0,0001$). Estos datos son aún menos comprensibles al estudiar los factores de riesgo de la tabla 1, todos incluidos en el modelo de RCV utilizado por los autores, y comprobar que no existe absolutamente ninguna diferencia estadísticamente significativa entre las dos clasificaciones. Los autores no comentan este hecho, que se podría explicar por una poco probable agrupación (*clustering*) de factores de RCV o por la posible presencia de sesgos, ya comentada.

Recientemente, nuestro grupo de trabajo ha publicado⁵, con anterioridad a la aceptación del artículo comentado¹, un estudio sobre el RCV asociado a los diabéticos con diagnóstico de la ADA, mediante el método de Framingham simplificado (recomendado por la semFYC), seleccionando a 1.840 pacientes mediante muestreo aleatorio. Como afortunadamente se señala en el editorial¹, el RCV igual o superior al 20% a los 10 años fue en nuestro estudio⁵ del 31,7%, en contraposición con un riesgo del 76,2% en el trabajo de Otzet et al¹. Aunque el método utilizado es algo distinto, es-

tas diferencias son demasiado elevadas. Coincidimos con el editorial en que las poblaciones pueden ser diferentes, pero no creemos que los estudios sean comparables, puesto que en nuestro caso se estudió a población general (en nuestro centro de salud tenemos más población con historia clínica que censada) y en el estudio de Otzet et al a una población muy seleccionada que, a nuestro entender, no es en absoluto representativa de la población general. En todo caso, una cosa es el RCV teórico y otra el RCV real, y es preciso diseñar estudios prospectivos en población general sin criterios estrictos de selección para aumentar la validez externa. Mientras tanto, un reciente estudio⁶ ha puesto de manifiesto que el riesgo de muerte por todas las causas, muerte cardiovascular e infarto de miocardio es, afortunadamente, bastante inferior en diabéticos respecto a pacientes con enfermedad isquémica establecida. Las curvas de supervivencia⁶ evidencian un RCV mucho más cercano a nuestra estimación que a la de Otzet et al, dando respuesta al crucial interrogante planteado en el editorial.

J.M. Baena Díez, J.L. Martínez Martínez, B. Álvarez Pérez y J. Tomàs Pelegrina
 Área Básica de Salud Dr. Carles Ribas.
 Barcelona. España.

1. Otzet I, Costa B, Franch J, Morató J, Pons P, IGT Reseach Group. Riesgo cardiovascular y metabolismo de la glucosa: acuerdos y discrepancias entre las clasificaciones OMS-85 y ADA-97. *Aten Primaria* 2002;29:205-12.
2. Baena Díez JM, Oller Colom M, Martín Peñacoba R, Nicolau Sabaté M, Altes Boronat A, Iglesias Serrano C. Impacto de los nuevos criterios diagnósticos propuestos por la Asociación Americana de Diabetes (ADA-97) sobre la prevalencia diagnóstica de diabetes mellitus tipo 2. *Aten Primaria* 1999;24:97-100.
3. Martín Luján F, Costa Pinel B, Donado-Mazarrón Romero A, Basora Gallisà T, 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;26:517-24.
4. Mata Cases M, Cos Claramunt X, Pujol Ribera E, Bobé Molina I, Centelles Fer-

nández R, Ortiz López R. ¿Adelantan el diagnóstico de la diabetes tipo 2 los nuevos criterios diagnósticos de la Asociación Americana de Diabetes? *Aten Primaria* 2001;28:17-22.

5. Baena Díez JM, Martínez Martínez JL, Álvarez Pérez B, Tomàs Pelegrina J, Piñol Forcadell P, Raidó Quintana EM, et al. Riesgo cardiovascular asociado a las nuevas categorías diagnósticas de la diabetes mellitus propuestas por la Asociación Americana de Diabetes. *Aten Primaria* 2001;28:31-8.
6. Evans JMM, Wang J, Morris AD. Comparison of cardiovascular risk between patients with type 2 diabetes and those who had a myocardial infarction: cross sectional and cohort studies. *BMJ* 2002; 324:939-44.

Respuesta de los autores

Sr. Director: Nos alegra que nuestro artículo¹ no haya pasado inadvertido y haya sido fuente de reflexiones con acuerdos y desacuerdos. Siempre que discutimos acerca de algo, solemos acabar más cerca de la verdad.

Gran parte de la polémica empezó cuando en 1997 la ADA propugnó unos nuevos criterios diagnósticos de la diabetes mellitus tipo 2 que en la práctica obvian el test de tolerancia oral a la glucosa (TTOG, antes muy recomendado por la OMS). Ríos de tinta se han vertido en favor de una u otra postura. Un resumen de las polémicas sería que los criterios ADA son más fáciles de aplicar en la práctica clínica, pero que diagnostican más tarde la enfermedad. Al igual que Baena et al, creemos sinceramente que es un tema apasionante, en el que se ha empezado a andar por un largo camino y en el que muchas preguntas aún no tienen respuesta definitiva, y ello, evidentemente, genera discrepancias, incluso dentro de nuestro propio grupo.

Dado que la importancia de establecer el diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2 radica en la probabilidad de presentar las complicaciones que van a emperorar tanto la morbimortalidad de los pacientes como su calidad de vida, creemos que la pregunta clave debe ser si el uso de los criterios ADA modificará la presencia de las complicaciones. Cada uno de los estadios diagnósticos (normal-IGT-dDM2 de la OMS y normal-GBA-DM2 de la ADA) com-

porta un determinado grado de riesgo cardiovascular (RCV). La comparación de estos distintos niveles de RCV en teoría podría ser una buena aproximación para saber si los criterios ADA diagnostican a gente con más RCV (y por tanto con más riesgo y probablemente de forma más tardía) que los criterios OMS. Ése ha sido el objetivo de nuestro estudio: comparar en población de riesgo los criterios de la ADA y los antiguos de la OMS.

Por eso el diseño y los resultados son distintos de los de Baena et al², que en su interesante artículo se plantean estudiar el riesgo cardiovascular de la población asistida clasificada según la ADA. Su estudio trabaja con población más cercana a la general de un solo centro, la nuestra con población de riesgo multicéntrica (seguro que con mayores tasas de hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, etc.); nosotros excluimos a los que ya han sido diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 o de enfermedades cardiovasculares porque no nos interesan para nuestro objetivo; es decir, creemos que las diferencias de diseño de ambos trabajos son demasiado grandes y las preguntas que quieren responder demasiado distintas para esperar que los resultados sean similares.

Además, no debemos olvidar, como muy bien señalan en su carta, que estamos apli-

cando fórmulas de cálculo de RCV obtenidas en poblaciones estadounidenses a individuos mediterráneos, que afortunadamente presentan unas tasas de enfermedad cardiovascular envidiables (para los americanos). Por tanto, muy probablemente, cuando aplicamos la tabla de Framingham estamos sobrestimando el riesgo en todos los sujetos de nuestras consultas (como ha demostrado el REGICOR). Por tanto, el riesgo real se desconoce por el momento (¿entre 2 y 5 veces menos que el calculado según grupos de edad y sexo? ¿Y en diabéticos?; ¿qué supervivencia tendrán los sujetos que han sido incluidos en ambos estudios?; ¿quiénes serán más felices?).

El resto de las consideraciones que hacen los autores de la carta pueden parecer secundarias o matizaciones al aspecto fundamental. Por ejemplo, comentaremos que no conocemos ningún estudio epidemiológico que repita el TTOG (otra cosa distinta es la necesidad de establecer un diagnóstico fiable ante un paciente determinado).

Los datos son fríos. Las conclusiones que de ellos puedan desprenderse dependen básicamente del intérprete (sólo hay que ver a los políticos comentando los porcentajes de voto de las elecciones). Los mismos números de nuestro artículo han sido argüidos por los defensores del TTOG y por los que no lo son tanto. Las conclu-

siones fundamentales de nuestro artículo son que a mayor grado de patología del metabolismo de los hidratos de carbono, más factores de RCV y mayor RCV existe, y que la aplicación de los criterios ADA no presenta diferencias significativas respecto a los de la OMS en cuanto a la predicción del RCV. La interpretación de las cifras la dejamos en manos del lector inteligente.

**I. Otzet^a, B. Costa^b, J. Franch^a,
J. Morató^a, P. Pons^a,
IGT Research Group**

^aCAP Raval Sud. Barcelona. ^bDAP Reus Altebrat. Reus (Tarragona). España.

1. Otzet I, Costa B, Franch J, Morató J, Pons P, IGT Reseach Group. Riesgo cardiovascular y metabolismo de la glucosa: acuerdos y discrepancias entre las clasificaciones OMS-85 y ADA-97. *Aten Primaria* 2002;29:205-12.
2. Baena Díez JM, Martínez Martínez JL, Álvarez Pérez B, Tomàs Pelegrina J, Piñol Forcadell P, Raidó Quintana EM, et al. Riesgo cardiovascular asociado a las nuevas categorías diagnósticas de la diabetes mellitus propuestas por la Asociación Americana de Diabetes. *Aten Primaria* 2001;28:31-8.