

CARTAS AL DIRECTOR

¿Muestra apropiada para la valoración de una prueba diagnóstica?

Sr. Director: Hemos leído con gran interés el artículo publicado por Martín Álvarez et al¹ sobre la validez del síntoma disuria para diagnosticar la infección del tracto urinario (ITU). Queremos felicitar a los autores por abordar, desde el punto de vista diagnóstico, este motivo de consulta tan frecuente en el ámbito de la atención primaria.

Sin embargo, queremos llamar la atención sobre un aspecto del diseño de la investigación que afecta, por tanto, a su validez interna y que puede alterar de forma importante los resultados. Los autores presentan un estudio transversal (aunque hacen referencia a un grupo control de 116 pacientes) con un tamaño muestral de 232 (incluidos los 116 pacientes controles) introducidos en el estudio de forma consecutiva.

Los 116 pacientes controles se caracterizaban porque se les había solicitado un análisis de orina por motivos no relacionados con disuria o sospecha de ITU. Entendemos que, en este tipo de diseño de estudio, para valorar la validez de una prueba, síntoma o signo, la muestra ha de contener pacientes en los que es preciso establecer el diagnóstico diferencial de la enfermedad que se quiere diagnosticar²⁻⁶ (en este caso, la infección urinaria). Es decir, pacientes a los que, en la práctica clínica, vamos a solicitar un urocultivo para descartar o confirmar una ITU. En este estudio los pacientes incluidos se tendrían que caracterizar por presentar una clínica sospechosa de ITU: a) disuria positiva, o b) disuria negativa, pero con otra sintomatología sospechosa de ITU (polaquiuria, tenesmo vesical...). El propio diseño puede explicar los resultados obtenidos: por un

lado, una alta sensibilidad, ya que en el grupo control, lógicamente, casi todos eran verdaderos negativos (VN) y por tanto muy pocos falsos negativos (FN)³, siendo la sensibilidad = $VP/VP + FN$ (VP: verdaderos positivos). Por otro lado, muy alto valor predictivo negativo: la mitad de los pacientes (116) tienen una probabilidad de presentar una infección urinaria muy baja, por lo que un valor negativo del test (disuria negativa) con gran probabilidad corresponde a no ITU.

Para el cálculo de los valores predictivos de la disuria, los autores estiman la prevalencia del síntoma, cuando lo que se debe estimar es la prevalencia de la enfermedad a diagnosticar (en este caso la ITU), que según parece es a lo que se refieren, según las citas bibliográficas 20 y 21. Aun así, en este tipo de estudio (transversal) la prevalencia de la condición investigada viene ya estimada por el propio estudio ($65 + 3/232 = 29,3\%$).

J.M. Santos Lozano, J.A. Guerra Hoyos, A. Montaña Barrientos y J. Ruiz-Canela Cáceres

Districto Sanitario de Atención Primaria
Sevilla Sur-Guadalquivir Este-Oriente.
Grupo MECAP.

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. Panzer RJ, Black ER, Griner PF. Interpretation of diagnostic tests and strategies for their use in quantitative decision making. En: Black ER, Bordley DR, Tape TG, Panzer RJ, editores. *Diagnostic. Strategies for common medical problems*. Filadelfia: American College of Physician-American Society of Internal Medicine, 1999.
3. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Evidence-based medicine. How to practice*

and teach EBM. Londres: Churchill Livingstone, 2000.

4. Jaeschke R, Guyatt GH, Sackett DL for the Evidence-Based Medicine Working Group. User's guides to the medical literature. VI. How to use an article about a diagnostic test: A: are the results of the study valid? *JAMA* 1994; 271: 389-391.
5. Jaeschke R, Guyatt GH, Sackett DL for the Evidence-Based Medicine Working Group. User's guides to the medical literature. VI. How to use an article about a diagnostic test: B: what are the results and will they help me in caring for my patients? *JAMA* 1994; 271: 703-707.
6. Delgado M. Diseño para el estudio de pruebas diagnósticas y factores pronósticos (unidad didáctica 6). En: Doménech JM, editor. *Diseño de estudios sanitarios*. Barcelona: Signo, 2000.

Respuesta de los autores

Sr. Director: Queremos agradecer el cuidadoso comentario de J.M. Santos et al sobre nuestro trabajo sobre el valor diagnóstico del síntoma disuria¹. En él ponen de manifiesto una profunda reflexión y un amplio conocimiento de los estudios para validar una prueba diagnóstica.

Consideramos acertada su crítica sobre la posible debilidad del estudio, reconocida implícitamente, pero no suficientemente discutida, consistente en que el grupo sin el síntoma estudiado o grupo control no represente adecuadamente el conjunto de diagnósticos diferenciales de la infección del tracto urinario (ITU). Como Santos et al recogen de la bibliografía, el espectro diagnóstico de la población donde se valide una prueba ha de ser lo más cercano posible al de los pacientes donde vaya a ser utilizada dicha prueba^{2,3}.

Esta no es la realidad de los pacientes estudiados, pues tan sólo un 5,2% de los pacientes sin el sín-