

4. Altman DG, Bossuyt PM. Estudios de precisión diagnóstica (STARD) y pronóstica (REMARK). *Med Clin (Barc)*. 2005;125: 49–55.

Pablo Alonso-Coello^{a,*}, Javier Zamora Romero^b, David Rigau Comas^c y Rafael Rotaeché del Campo^d

^a*Centro Cochrane Iberoamericano, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Barcelona, España*

doi:10.1016/j.aprim.2009.06.011

**Respuesta del autor a la carta
“Rendimiento diagnóstico en enfermedad anal benigna en atención primaria”**

**Response by the author to the letter
“Diagnostic yield in benign anal disease
in Primary Care”**

Sr. Director:

Hemos leído con gran atención los comentarios a nuestro artículo de los doctores Coello et al, y agradecemos enormemente el interés prestado a un tema que tanto nos preocupa desde hace mucho tiempo, como es el diagnóstico de la enfermedad anal benigna en atención primaria. Aunque coincidimos con muchos puntos de vista de los autores, creemos que algunos de sus comentarios merecen una aclaración.

En primer lugar, estamos de acuerdo en que el espectro de los pacientes es, en efecto, fundamental en un estudio diagnóstico o de concordancia diagnóstica y éste debe especificarse claramente. No obstante, no coincidimos con Coello et al en que éste no haya sido suficientemente especificado en nuestro estudio, pues, como se dice en el artículo, los casos incluidos fueron todos los pacientes remitidos desde la consulta de atención primaria a la del cirujano. Todos los demás pacientes no se incluyeron y, efectivamente, resulta imposible evaluar qué habría pasado con éstos. De cualquier modo, lo que los autores proponen es realizar otro estudio diferente —también interesante— pero que nada tiene que ver con éste y pensamos que, en ningún caso, implica un incorrecto diseño del estudio inicial.

Por otro lado, respecto a los diferentes criterios diagnósticos utilizados por los médicos de atención primaria y los cirujanos, también nos gustaría hacer una matización. Como bien dicen los autores, el índice κ se aplica —o se debe aplicar— para un mismo criterio o, de lo contrario, no tiene interpretación posible, y lo que realmente se mide con este

^b*Unidad de Bioestadística Clínica, Hospital Ramón y Cajal, CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España*

^c*Centro Cochrane Iberoamericano, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España*

^d*Centro de Salud de Alza, Donostia-San Sebastián, España*

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: palonso@santpau.cat (P. Alonso-Coello).

índice es lo adecuado que resulta un determinado criterio diagnóstico en el sentido de que todo el mundo lo pueda interpretar del mismo modo. Para esto, es necesario que, efectivamente, los médicos que realizan el diagnóstico tengan la misma preparación técnica. No obstante, en nuestro caso, todas las enfermedades anales incluidas se deben diagnosticar de forma puramente visual, es decir, realizando únicamente una inspección anal, el diagnóstico debe ser correcto y no debe haber error. En definitiva, no se puede confundir una hemorroide con una fisura ni con el orificio cutáneo de una fistula cuando se realiza una inspección adecuada. Así, debe aceptarse que el criterio diagnóstico es común tanto para el médico de atención primaria como para el especialista, y no es necesaria ninguna preparación especial, sino una formación básica. Como se desprende de nuestro estudio, es probable que demasiados médicos en atención primaria no realicen la inspección anal y se guíen solamente por los síntomas, y por esto, la concordancia con el cirujano, quien realiza siempre la inspección anal, difiere. Lo que posiblemente indica el índice κ en este caso no es que el criterio sea inadecuado ni que esté influido por una preparación técnica distinta, sino que unos sustituyen el verdadero criterio diagnóstico por otro más pobre e inespecífico, como son los síntomas, mientras los otros hacen todos los pasos necesarios. Creemos finalmente que tampoco es adecuado afirmar que la prueba de κ esté mal aplicada en el estudio y pensamos que su indicación es correcta para comparar un mismo criterio (visual) para una capacidad teórica de poder diagnosticar igual o similar en los observadores.

David Martínez Ramos*, Jesús Nomdedeu-Guinot, Rafael Artero-Sempere, Javier Escrig-Sos, Juan Gibert-Gerez, Miguel Alcalde-Sánchez y José Luis Salvador Sanchis

Hospital General de Castellón, Castellón, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(D. Martínez Ramos\).](mailto:davidmartinez@comcas.es)