

Respuesta del autor: aclaraciones sobre el estudio de validez del StrepA

Author's reply: Clarifications on the StrepA validity study

Sr. Director:

Quisiéramos iniciar la carta preguntándoles a los autores qué abordaje seguirían ante una paciente con clínica clara de infección urinaria con tira reactiva negativa, tomando como referencia el estudio de Little et al, que hallaron que la presencia de nitritos más leucocituria o sangre presentaba una sensibilidad del 77%, una especificidad del 70%, un valor predictivo positivo del 73% y un valor predictivo negativo del 92%¹.

Nuestro trabajo fue un estudio de validación (con resultados mucho mejores que en la tira reactiva de orina) y no se revisaron algunos de los aspectos que describen en su carta². Tampoco creemos que todos estos aspectos deban analizarse, ya que, o se ha hecho en estudios previos o no son relevantes para llevar a cabo estudios de investigación. Está demostrado que la utilización de pruebas rápidas, incluyendo StrepA, comporta una mayor satisfacción de profesionales y pacientes³. También está claro que su uso se asocia a un menor uso de antibióticos, válido también en países mediterráneos⁴. Menor uso de antibióticos significa menos efectos adversos y un aspecto que se echa de menos en su carta y sin duda el más importante: menor generación de resistencias bacterianas.

Ustedes comentan que la incidencia de infección por *Streptococcus pyogenes* fue más alta que en otros estudios y es lógico, ya que incluimos pacientes con 2 o más criterios de Centor. Este aspecto está ampliamente explicado en la discusión del artículo así como también se comenta la baja prevalencia de *S. pyogenes* observada en nuestro estudio, no sólo entre pacientes con 2 criterios, sino también en aquéllos con 3 y 4. Probablemente, la mayor incidencia de infección por estreptococo C en España podría, en parte, explicar este fenómeno. En cuanto a la edad de los pacientes, sólo 4 pacientes tenían 14 o 15 años y sólo uno de ellos presentaba infección por *S. pyogenes*. Aunque McIsaac et al consideraron la edad inferior a 15 años como otro criterio de tratamiento antibiótico, los criterios de Centor no lo contemplan^{5,6}. Por otra parte, es difícil que se

pueda producir un sesgo de información, ya que los médicos no conocíamos el resultado del cultivo en el momento de interpretar el StrepA (el cultivo tarda aproximadamente 48 h). Su impresión de que el uso del StrepA podría conllevar medicalización no se confirma, ya que nuestra experiencia de utilizarlo durante 3 años indica precisamente lo contrario. Cada vez tratamos menos las odinofagias infecciosas con antibióticos. Es cierto que en algunos casos los pacientes acuden a nuestras consultas para hacerse la «prueba», pero sólo la indicamos cuando pensamos que pueda tener una causa estreptocócica. Es obvio que la positividad del StrepA no distingue infección de estado de portador pero tampoco lo hace el cultivo; en todo caso, es un mal menor aunque algunos casos se tratarán innecesariamente con antibióticos.

En nuestro estudio, la probabilidad de hallar un resultado de StrepA positivo en un paciente con faringitis estreptocócica fue 13,6 veces más frecuente que en un individuo sano (tabla 1) y la probabilidad de encontrar un StrepA negativo en un paciente sano fue un 18,6% más frecuente que en un paciente con infección. Las razones de probabilidad positivas superiores a 10 y negativas inferiores a 0,1 deberían proporcionar cambios importantes y concluyentes en el uso de pruebas diagnósticas (también para individuos con 2 criterios, tabla 1). La ventaja que tiene esta técnica (sobre la tira reactiva de orina, por ejemplo) es que el resultado de la prueba es diagnóstico, es decir, si es positivo debe tratarse con antibióticos, aun sabiendo que hay algunos falsos positivos, pero cuando el resultado es negativo, no hay que tratar. Entonces, ¿por qué no la empezamos a usar?

Bibliografía

- Little P, Turner S, Rumsby K, Warner G, Moore M, Lowes JA, et al. Developing clinical rules to predict urinary tract infection in primary care settings: Sensitivity and specificity of near patient tests (dipsticks) and clinical scores. *Br J Gen Pract.* 2006;56:606–12.
- Llor C, Hernández S, Gómez FF, Santamaría JM, Calviño O, Fernández Y. Validación de una técnica antigénica rápida en el diagnóstico de la faringitis por estreptococo beta hemolítico del grupo A. *Aten Primaria.* 2008;40:489–94.
- Kolmos HJ, Little P. Should general practitioners perform diagnostic tests on patients before prescribing antibiotics?. *BMJ.* 1999;318:799–802.
- Maltezou HC, Tsagris V, Antoniadou A, Galani L, Douros C, Katsarolis I, et al. Evaluation of a rapid antigen detection test in the diagnosis of streptococcal pharyngitis in children and its

Tabla 1 Parámetros de validez del estudio de validación según el número de criterios de Centor y total

	Dos (n = 63)	Tres (n = 83)	Cuatro (n = 36)	Total (n = 182)
S	5/5 = 1	19/21 = 0,905	14/14 = 1	38/40 = 0,95
E	56/58 = 0,966	58/62 = 0,935	18/22 = 0,818	132/142 = 0,93
VPP	5/7 = 0,714	19/23 = 0,826	14/18 = 0,778	38/48 = 0,792
VPN	56/56 = 1	58/60 = 0,967	18/18 = 1	132/134 = 0,985
RPP	1/(1-0,966) = 29,4	0,905/(1-0,935) = 13,9	1/(1-0,818) = 5,5	0,95/(1-0,93) = 13,6
RPN	(1-1)/0,966 = 0	(1-0,905)/0,935 = 0,05	(1-1)/0,818 = 0	(1-0,95)/0,93 = 0,05

E: especificidad; RPN: razón de probabilidad negativa; RPP: razón de probabilidad positiva; S: sensibilidad; VPN: valor predictivo negativo; VPP: valor predictivo positivo.

impact on antibiotic prescription. *J Antimicrob Chemother.* 2008;62:1407–12.

5. McIsaac WJ, Goel V, To T, Low DE. The validity of a sore throat score in family practice. *CMAJ.* 2000;163:811–5.
6. Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, Brody CE, Link K. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. *Med Decis Making.* 1981;1:239–46.

Carles Llor*Silvia Hernández

Centro de Salud Jaume I, Tarragona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carles.ller@urv.cat
(C. Llor).

doi:10.1016/j.aprim.2009.04.015

Carta de una joven residente

Letter from a young resident

Sr. Director:

Soy residente de tercer año de Medicina de Familia y Comunitaria (MFC) de la segunda promoción de especialistas de 4 años de formación.

No he podido evitar contestar a la carta de J. Melé que hace referencia al «Dr. Velio»¹ publicada en su revista, con mi más sincero respeto y cariño.

Me entristeció contemplar la noción que tiene de nosotros, los nuevos residentes de MFC, el futuro de la Atención Primaria.

He de decirle que no estoy de acuerdo en que dejemos en segundo plano la «clásica anamnesis» de la que usted habla; sino todo lo contrario, ya que dentro de nuestra especialidad se nos ha añadido el apellido de «Comunitaria» por contar con el privilegio, a diferencia de otros especialistas, de conocer al paciente, a su familia, su entorno, sus circunstancias y, si me permite, aumentar así, gracias a todo esto, el valor predictivo de las actividades diagnósticas.

Creí, creo y creeré que la Medicina es un arte. Sí, estoy de acuerdo, pero también es una ciencia, pues como dice un sabio de la Atención Primaria: tiene una base científica endeble y es una ciencia probabilística, pues los médicos aciertan por aproximación, no con precisión. Y el médico de familia navega como un experto en este mar de la incertidumbre. Sabe también que visitará a su paciente con el tiempo, de forma que incluso en ocasiones puede permitirse el lujo, acordado con el paciente, de una «espera expectante»².

Es más, creo firmemente en la idea que intentan transmitirnos todos o la mayoría de los docentes, en cuyas manos caemos y de los que tomamos incansablemente el ejemplo. Tratan de marcarnos el navegar, alegres y confiados, por ese mar de la incertidumbre y dirigirnos a las dotes diagnósticas y terapéuticas pretendidas, rumbo al puerto adecuado de cada especialidad. Pero siempre partimos de esa «tierra» de signos que observamos en el paciente y por medio de la empatía con los síntomas que tratan de transmitirnos sospechamos así un diagnóstico diferencial de varias entidades nosológicas, el que muchas veces confirmamos con pruebas y técnicas, que complementan el arduo trabajo diario, como su propio nombre indica: «complementarias».

Quiero añadir a todo esto que ya desde las facultades remarcan esa responsabilidad, para ejecutar aptitudes clínicas y aplicar el saber científico a cada caso, en la Medicina y en la vida misma, como usted destaca, y plasmar un esquema claro del punto de partida primordial, en el que hacen hincapié los profesionales durante todo el curso: la meta de realizar una buena historia clínica del paciente, herramienta básica a la hora de realizar un buen diagnóstico clínico, sin olvidar ser resolutivos y hacer una buena gestión y planificación de los recursos sanitarios con los que contamos.

Incluso se están promoviendo desde la vocalía de residentes de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), en la misma Universidad, diferentes acciones para fomentar la imagen de la Medicina de Familia, para que sea una más de las enseñanzas del pregrado, pues no debe estar únicamente dirigida a las altas esferas, sino también a los mismos estudiantes de Medicina, generación actual, de nuestra medicina futura².

Para finalizar, concluyo afirmando y confirmando que los residentes actuales, hecho que me enorgullece, estamos preparados y formados desde nuestros orígenes universitarios para afrontar este mar de la incertidumbre que es la Medicina de Familia. Sabemos que contamos con las armas forjadas en las diferentes especialidades por las que rotamos, y luchamos por y para ganar la batalla del proceder, y gracias a ello salimos airoso y victoriosos.

Tu amiga,

Dra. Vera

Agradecimientos especiales a las doctoras: Lucía Sierra Santos y Montserrat Martín Díaz, grandes profesionales, por transmitirme ese ímpetu por el paciente.

Bibliografía

1. Melé Olivé J. Carta a una joven residente. *Aten Primaria.* 2009;41:59–60.
2. Gervas J, Pérez Fernández M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el mar de la incertidumbre. *Aten Primaria.* 2005;35:95–8.

Mar Vera García

Centro de Salud Espronceda, Área 7 de Atención Primaria, Madrid, España

Correo electrónico: maruxiveragarcia@gmail.com
(M. Vera García).

doi:10.1016/j.aprim.2009.04.013