

CARTAS AL EDITOR

Se invita a los lectores a enviar cartas al Editor, con comentarios, preguntas o críticas sobre artículos que hayan sido publicados en la Revista y a las que los autores aludidos puedan responder. También serán bienvenidos los comentarios sobre problemas de actualidad biomédica, clínica, de salud pública, de ética y de educación médica. Podrá aceptarse la comunicación preliminar de datos parciales de una investigación en marcha, que no haya sido publicada ni sometida a publicación en otra revista. La extensión máxima aceptable es de 1.000 palabras, con un máximo de 6 referencias bibliográficas (incluyendo el artículo que la motivó) y 1 Tabla o Figura. Se recomienda adjuntar una copia idéntica para PC, en diskette de 3,5", un espaciado a 1,5 líneas, tamaño de letra 12 pt y justificada a la izquierda. Las cartas que se acepten podrán ser acortadas y modificadas formalmente, por los Editores.

Diagnóstico etiológico de síndromes febriles y exantemáticos en Venezuela

Etiological diagnosis of febrile and exanthematous syndromes in Venezuela

Sr. Editor: En el trabajo sobre el diagnóstico etiológico de pacientes con exantemas o cuadros febriles atendidos en el estado de Zulia en Venezuela, Luciana Costa de León et al. estudiaron 267 casos mediante la medición de anticuerpos IgM contra dengue, sarampión, rubéola, citomegalovirus y el virus de Epstein-Barr. Además, compararon el diagnóstico clínico con el de laboratorio buscando estimar su concordancia¹.

El dengue fue el principal agente involucrado, con 108 casos IgM positivos. De ellos, 63 también habían sido diagnosticados clínicamente como dengue. Aunque no lo especificaron, de los resultados se deduce que a ningún paciente con este diagnóstico clínico se le encontró otra causa de la enfermedad, por lo que no hubo falsos positivos (Tabla 1).

Basados en que todos los casos con impresión clínica de dengue tuvieron respaldo serológico, los autores afirmaron que hubo una concordancia de 100% entre el diagnóstico clínico y el de laboratorio. Este cálculo en realidad corresponde al valor predictivo positivo (VPP) del diagnóstico clínico (verdaderos positivos/verdaderos positivos + falsos positivos). Para determinar la concordancia se requiere sumar los verdaderos positivos con

Correspondencia a: Fredi Alexander Díaz-Quijano, Centro de Investigaciones Epidemiológicas, Facultad de Salud UIS, cr. 32 N° 29-31, Bucaramanga, Colombia. Telefax: (057) 7 6345781. E.mail: fre_diazq@yahoo.com / acsendes@machi.med.uchile.cl

los verdaderos negativos y dividir este resultado en el número total de pacientes estudiados².

De esta manera, el porcentaje de concordancia para dengue sería de 83,1% (63+159/267). Otra forma de estimar la concordancia es mediante la determinación del valor Kappa, que tiene en cuenta el papel del azar. En este caso, al comparar el diagnóstico clínico y el serológico, el valor Kappa (calculado con el programa STATA, versión 5.0) sería de 0,63, que es aceptable pero no excelente².

Además, el diagnóstico clínico tendría valor predictivo negativo (VPN) de 77,9%, sensibilidad de 58,3% y especificidad de 100%. Estas consideraciones deben aplicarse también a los otros agentes etiológicos.

Otro aspecto importante en este tipo de estudios, es el momento en que se tomó la muestra de sangre para las pruebas serológicas. Los autores no dan esta información que es clave, especialmente en los casos negativos para todas las pruebas. En el dengue, por ejemplo, la sensibilidad y VPN de la medición de anticuerpos son muy bajos en los primeros días de enfermedad³. Por tanto, sólo se podría descartar como agente causal si la muestra fue tomada en la convalecencia o al menos después del quinto día de enfermedad.

El estudio tiene información muy valiosa con relación a la seroprevalencia de los patógenos que causan síndrome febril agudo. Sin embargo, es

Tabla 1. Diagnóstico clínico y serológico del dengue. Estado de Zulia, Venezuela*

Diagnóstico clínico [†]	Diagnóstico etiológico	
	Dengue	Otras causas de síndrome febril
Dengue	63	0
Otros	45	159

* Esta tabla se realizó con los datos del artículo de Costa de León L et al¹.

† Considerando el diagnóstico etiológico como estándar de oro, el diagnóstico clínico tendría una sensibilidad de 58,3%; especificidad de 100%; VPP de 100% y VPN de 77,9%. La concordancia entre los dos diagnósticos sería de 83,1% y el valor kappa de 0,63.

importante tener en cuenta los conceptos señalados a fin de estimar adecuadamente la utilidad del diagnóstico clínico, que en otros estudios ha mostrado serias limitaciones^{4,5}.

Fredi Alexander Díaz-Quijano
Ruth Aralí Martínez-Vega

Centro de Investigaciones Epidemiológicas, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.

REFERENCIAS

1. COSTA DE LEÓN L, ESTEVEZ J, MONSALVE DE CASTILLO F, CALLEJAS D, ECHEVARRÍA JM. Diagnóstico etiológico de pacientes con exantemas o cuadros febriles atendidos en 1998. Estado Zulia, Venezuela. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 1078-84.
2. PORTNEY LG, WATKINS MP. Statistical measures of reliability. In: Portney LG, Watkins MP, editors. *Foundations of Clinical Research applications to practice*. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange; 1993; 505-28.
3. DÍAZ-QUIJANO FA, MARTÍNEZ-VEGA RA, OCAZONEZ RE, VILLAR-CENTENO LA. Evaluación de la prueba de IgM en suero agudo para el diagnóstico del dengue en un área endémica. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2006; 24: 90-2.
4. MARTÍNEZ RA, DÍAZ FA, VILLAR LA. Evaluación de la definición clínica de dengue sugerida por la Organización Mundial de la Salud. *Biomédica* 2005; 25: 412-6.
5. RODRIGUES MB, FREIRE HB, CORREA PR, MENDONÇA ML, SILVA MR, FRANCA EB. Is it possible to identify dengue in children on the basis of Ministry of Health criteria for suspected dengue cases? *J Pediatr (Rio J)* 2005; 81: 209-15.