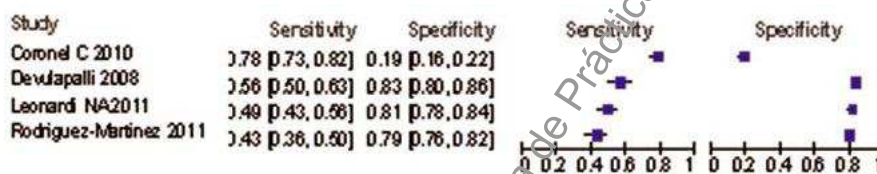


Para evaluar la **validez del IPA estricto**, recomendado en la guía del asma del 2005 (21) para predecir el diagnóstico de asma en edad escolar de aquellos pacientes preescolares con sibilancias recurrentes que acuden a consulta, se han tenido en cuenta los resultados de su aplicación en los diferentes estudios. La gran heterogeneidad existente entre los estudios, debido a las diferencias de prevalencia de asma que oscila entre un 22% a un 35% y a las diferencias de poblaciones de validación con diferente severidad en los diferentes estudios (en dos de los estudios es de base poblacional, en otro se trata de una población con sibilancias recurrentes y en el cuarto se incluyen a niños hospitalizados por cuadros de sibilancias), habría impedido la combinación de resultados por lo que no se ha realizado el metaanálisis de los mismos.

Los datos relacionados con la validez del IPA estricto de cada estudio muestran una sensibilidad del IPA estricto que oscila entre el 43% y el 78% y valores de especificidad entre el 18% y 83% (**Ver Figura 1**).

Figura 1. **Valores de Sensibilidad y Especificidad de los estudios seleccionados**



Los valores predictivos positivos (VPP) van desde el 34% hasta el 47% y los negativos (VPN) desde el 61% al 87%.

Esto supondría que en una población de 1000 pacientes (en cada uno de los estudios), desde un 22% hasta un 61% de la población será incorrectamente clasificado con el IPA estricto: desde un 13% hasta un 53% de los niños serán tratados de forma innecesaria con glucocorticoides inhalados, **falsos positivos (FP)** y desde un 7% hasta un 13% de los niños se les retrasará el inicio del tratamiento **falsos negativos (FN)**. Nuestro interés se centra en resultados que minimicen el diagnóstico incorrecto y sobre todo que haya menos pacientes tratados entre los que no deberían haber sido tratados (FP). En los resultados se observa que cuando mayor es la prevalencia de la enfermedad en población escolar peor se comporta el IPA, y éste muestra mejores resultados en muestras poblacionales, es decir, en población similar en la que fue originalmente desarrollada.

Calidad muy baja

Se observa heterogeneidad entre los estudios, debido sobre todo al estudio cubano donde se incluyen a pacientes con sintomatología más grave, niños que han estado ingresados en el hospital por cuadros de sibilancias. Posiblemente también explicada por las diferentes características poblacionales y la variabilidad de la prevalencia de asma (desde un 21% hasta un 35%) e incidencia de algunas de las enfermedades (dermatitis atópica) valoradas en el IPA. Además, se trata de un índice no validado en el contexto español.