

sibilidad del 96,6%, especificidad del 95,9%, VPP del 86% y un VPN del 95,9%, cuando en los valores reales son: sensibilidad del 92,9%, especificidad del 95,9%, VPP del 92,9% y un VPN del 95,9%. Esta corrección ya se había enviado para su próxima aparición en una fe de errores.

En cuanto a los comentarios realizados sobre nuestro artículo:

1. Tienen razón en que no podemos asegurar al cien por cien que los 182 niños con ecografía negativa y no operados, no tuvieran apendicitis aguda. Pero como ya comentamos en el artículo, ninguno de estos niños ingresaron ni fueron operados en nuestro hospital ni en los cercanos por apendicitis aguda en las 2 semanas siguientes a la realización de la ecografía. Creemos que es un dato suficientemente fiable para considerar que estos niños no tuvieron apendicitis aguda en ese momento. De todas formas, los Dres. González de Dios y Ochoa Sangrador ya comentan que esto no tiene una gran importancia sobre los resultados finales.

2. La muestra de pacientes para este estudio son aquellos niños con sospecha de apendicitis aguda a los que se realizó una ecografía abdominal. Descartamos aquellos que consultaron por dolor abdominal pero no se sospechó una apendicitis aguda (3.762). También se excluyeron aquellos en los que se sospechó apendicitis aguda pero fueron intervenidos sin la realización de ecografía (147). Tampoco se incluyen los niños a los que se les hizo una ecografía por otros motivos (sospecha de invaginación, etc.). Nuestro objetivo era valorar el rendimiento de la ecografía abdominal en la sospecha de apendicitis aguda en nuestro medio. Tienen razón en que los resultados finales variarían dependiendo de la prevalencia de apendicitis aguda, pero nosotros queríamos comentar los datos en nuestra práctica.

3. Ya comentamos en el artículo que los resultados probablemente también dependan de la experiencia del radiólogo. Como en todo acto médico, los resultados mejoran si quien lo realiza es el que tiene mayor experiencia. Pero el rendimiento de la ecografía en la sospecha de apendicitis aguda en un determinado servicio no debe medirse en las condiciones ideales (realización siempre por el más experto), ya que esto, en la práctica clínica diaria, es imposible. Si este mismo estudio se realizara en otro hospital, el rendimiento variaría dependiendo de la mayor o menor experiencia de los radiólogos. Los datos que nosotros presentamos son los que nosotros podemos esperar en nuestro servicio.

4. Agradecemos el análisis estadístico realizado por los Dres. González de Dios y Ochoa Sangrador, que enriquece nuestras conclusiones. Sin embargo, dadas las características de nuestro estudio (retrospectivo) y de los objetivos de éste (rendimiento de la ecografía en nuestro ámbito), creemos que la metodología estadística utilizada es suficiente.

Réplica de los autores

Sr. Editor:

Queremos agradecer el interés y las aportaciones realizadas a nuestro estudio por los Dres. Eizaguirre, González de Dios y Ochoa Sangrador.

En primer lugar queremos comentar que en nuestro estudio "Rendimiento de la ecografía abdominal en la apendicitis aguda" hay un error de transcripción. En el artículo aparecen una sen-

**MA. Vázquez Ronco, E. Morteruel Arizkuren,
E. García Ojeda, S. Mintegui Raso, S. Capapé Zache
y J. Benito Fernández**
Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces.
Vizcaya. España.

Correspondencia: Dr. MA. Vázquez Ronco.
Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces.
Pl. de Cruces, s/n. 48903 Barakaldo. Vizcaya. España.
Correo electrónico: mvazquez@hcru.osakidetza.net