



# Medicina Basada en Evidencias

**ACTIVIDAD 1 "MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS PARTE I"**

Francisco Avezai Fuentes Terrones LME2658

## **ANÁLISIS**

El diagnóstico de pleuritis tuberculosa es un problema clínico común, algunas veces difícil y de mayor importancia en los países en vías de desarrollo debido a la mayor prevalencia de la Tuberculosis como enfermedad, y en México no estamos para nada lejanos a este problema de salud.

El Diagnóstico se resuelve a través de la punción y la biopsia pleural para el cultivo microbiológico y el estudio histológico, asegurando el diagnóstico en el 86% de los ensayos. Se ha reportado que estos procedimientos, combinados con cultivos del líquido pleural y esputo, proporcionan la confirmación microbiológica del *Mycobacterium tuberculosis* en el 90% de los casos.

A pesar de esto estas pruebas no son prácticas en el sentido clínico, ya que el resultado del cultivo puede demorar demasiado tiempo, 1 a 2 meses en promedio, aún con la mejor tecnología; entonces nos preguntamos ¿si realmente podremos diagnosticar rápidamente a un paciente con Tuberculosis? ¿Para que? Pues el simple hecho prevenir que se propague la infección, dar adecuado tratamiento y a su vez lo más importante, evitar la propagación de esta enfermedad para no convertirla en una epidemia; ya que eso desataría un gran problema tanto económico como de salud en México.

Este artículo nos habla que se han desarrollado nuevas pruebas diagnósticas, mucho más rápidas y entre las cuales se encuentra el test de ADA (Adenosin Desaminasa), que es una prueba colorimétrica simple y poco costosa a la cual se le ha dado un uso muy amplio y se le ha atribuido un alto valor diagnóstico en muchas partes del mundo incluyendo nuestro medio. Sin embargo, como todo tiene sus ventajas y desventajas; actualmente existe una gran controversia y muchas dudas acerca del valor diagnóstico de esta prueba en el diagnóstico de la tuberculosis pleural, al existir otros estudios que evidencian que la prueba no tiene la especificidad y sensibilidad adecuada para ser utilizada como prueba diagnóstica; y a su vez falta la determinación del valor predictivo positivo y el valor predictivo negativo, para así estar más seguros de las pruebas diagnósticas en este caso el teste de ADA y a su vez tener un mejor plan terapéutico.

El presente trabajo tiene como objetivo determinar el punto de corte que diferencie los casos de tuberculosis de los que no lo son y establecer el verdadero valor diagnóstico de esta prueba en nuestro establecimiento de salud y su real utilidad para la toma de decisiones en los derrames pleurales.

El estándar de oro en este caso es el ya conocido PAAF, cultivo y RX; pero la diferencia con el Test de ADA es el tiempo de respuesta que es lo que se trató de comparar en este artículo; se compararon todos los métodos con los grupos a

estudiar, hubo una descripción adecuada de los pacientes en estudio y sobre todo factores importantes a estudiar, tanto pacientes con probable diagnóstico de TB como pacientes realmente enfermos.

En cuanto a la manera de realización de la prueba no se tuvo muy en claro como era el procedimiento, ni tampoco se explicaron los pasos.

Se menciona que el test de ADA su sensibilidad y especificidad dependen del valor predictivo positivo y valor predictivo negativo para llegar a un resultado más certero.

No se mencionaron riesgos/beneficios ni costos, ni en comparación con el estándar de oro.

	<b>Diagnóstico TBC (-)</b>	<b>Diagnóstico TBC (+)</b>	<b>Total</b>
<b>Test ADA (+)</b>	<b>2</b>	<b>17</b>	<b>19</b>
<b>Test ADA (-)</b>	<b>53</b>	<b>28</b>	<b>81</b>
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

- **Sensibilidad: 3%**
- **Especificidad: 62%**
- **VPP: 10%**
- **VPN: 34%**