Daniel Cruz Castellanos

UGL – LME 3160

19 de Febrero de 2014

**Medicina Basada en Evidencias**

*Actividad #1*

Tabla 1.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Resultado del Estudio | Presencia de la Enfermedad | | |
| TBC  POSITIVO | TBC  NEGATIVO | TOTALES |
| ADA TEST POSITIVO | 17  (a) | 2  (b) | 19 |
| ADA TEST NEGATIVO | 28  (c) | 53  (d) | 81 |
| TOTAL | 45 | 55 | 100 |

A = 17

B = 2

C = 28

D = 53

Sensibilidad = [a/(a+c)] = [17/45] = 0.377 o 38%

Especificidad = [d/(d+b)] = [53/55] = 0.963 0 96%

Valor Predictivo Positivo =[a/(a+b)] = [17/19] = 0.895 o 90%

Valor Predictivo Negativo = [d/(c+d)] = [53/81] = 0.654 o 65%

Prevalencia = [45/100] = .45 o 45%

*ANALISIS*

Según los resultados de este estudio se busco cuantificar el valor diagnostico de la colorimetría de Adenosine Desaminasa (ADA test) en casos de pleuritis tuberculosa. Se hizo mención que el Gold estándar que se menciono fue el uso de biopsia pleural que tiene una especificidad diagnostica de 86% por si sola pero si se agregan estudios de liquido pleural, como el ADA test, y estudios de esputo su capacidad diagnostica se aumenta al 90%.

No se describieron con detalle la manera de realizar el estudio aunque se menciono que el ADA test es rápido y poco costoso. Este articulo uso un punto de corte de 88.2 UI/L en el ADA test, lo cual nos indica que se considero como anormal o positivo a la enfermedad (TB) aquel valor por encima de esta cifra. Se revisaron resultados de 100 casos, y usando esta fuente de datos se calcularon la sensibilidad (S) y especificidad (E) diagnostica, resultando de 38% y 96% respectivamente. Esto nos indica que tiene un alto valor de especificidad diagnostica, mayor aun que el de la biopsia pleural (86%), aunque su sensibilidad es aparentemente pobre. Asimismo, fueron calculados los valores predictivos positivos y negativos (VPP y VPN) los cuales arrojaron valores de VPP = 90% y VPN = 65%. El VPP realmente nos confirma, junto con la especificidad, que el ADA test es de alta utilidad diagnostica especialmente cuando su resultado es positivo. En este caso si usamos el valor predictivo negativo, que fue relativamente bajo, junto con la sensibilidad, que también fue baja, nos indican que en casos en los cuales salga negativo un ADA test no podemos descartar de todo la presencia de la infección por TB.

Este ultimo punto se vuelve aun mas claro si observamos que hubieron varios pacientes cuyos estudios arrojaron cifras muy próximas al punto de corte (88.2 UI/L) en el ADA test como podemos observar en la tabla 2.

Asimismo habrá que tomar en cuenta que la edad de los pacientes que presentaron exámenes positivos y los que presentaron estudios negativos puede ser un gran influyente ya que existe una gran disparidad en este rubro. La edad promedio de los que salieron negativos fue de 28.8 +/- 29.7 y en los positivos fue 74.3 +/- 43.5. Lo cual es un gran sesgo de información si no lo identificamos. La población no es adecuada para que los resultados de este estudio sean aplicados a la población en general y por lo tanto estos pierden valor diagnostico. Aun así, su valor diagnostico sigue siendo alto en poblaciones de edades mayores.

Tabla 2.

