



Universidad Lamar

Medicina basada en evidencias

Mtro. Dr. Hugo Francisco Villalobos Anzaldo

ACTIVIDAD 1 "MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS PARTE I"

Alumna: Norma Janeet Garay Sánchez

Grado y grupo: 8°D

Guadalajara, Jalisco

01-Septiembre-2016

ANÁLISIS DE ARTÍCULO PARA EVALUAR PRUEBA DIAGNÓSTICA

Diagnostico de Pleuritis tuberculosa con ADA

El estándar de referencia o que resuelve el diagnóstico de pleuritis tuberculosa es 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. Existe reporte de que estos procedimientos, combinados con cultivos del líquido pleural y esputo, proporcionan la confirmación microbiológica del *Mycobacterium tuberculosis* en el 90% de los casos.

El inconveniente de estas pruebas es la practicidad en el sentido clínico, ya que el resultado del cultivo tarda entre 1 a 2 meses aproximadamente a pesar de utilizar lo último en tecnología. Esto lleva a la tarea de buscar otra prueba que tenga la misma certeza pero en menor tiempo y así realizar el diagnóstico oportuno y tomar la decisión terapéutica correcta a seguir.

Se analiza a continuación una nueva prueba diagnóstica que se realiza en menor tiempo y con un costo bajo misma que se le ha dado un uso muy amplio y tiene un alto valor diagnóstico,;test de ADA (Adenosin Desaminasa).

Sin embargo, actualmente existe una gran controversia y muchas dudas acerca del valor diagnóstico de esta prueba, por lo cual se analizó y se obtuvieron los siguientes resultados:

Se determinó el punto de corte que discrimina el derrame pleural tuberculoso del de otras etiologías (no tuberculosa), sumando el promedio a dos desviaciones estándar de los valores del test de ADA obtenidos en los casos de etiología no tuberculosa ($X + 2 DE$).

Se revisaron un total de cien casos, la edad promedio de los definidos como casos negativos de tuberculosis fué de 61 y la de los casos positivos de tuberculosis fué 47, el valor promedio del test de ADA obtenido en los casos negativos fue de 28.8 (DE: ± 29.7) y el de los positivos fue de 74.3 (DE: ± 43.5), siendo la diferencia entre estos resultados estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

El punto de corte que discrimina entre los casos negativos y positivos calculado en base a los datos obtenidos, el promedio mas dos desviaciones estándar de los valores del test de ADA de los casos de etiología no tuberculosa ($X + 2 DE$), fué de 88.2 UI/L.

RESUMEN DE DATOS:

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

DESGLOSE DE FORMULAS:

Punto de corte: $x+2 \text{ DE } 28.8+2(29.7)= 88.2 \text{ UI/L}$

Sensibilidad: $17/ 17+28 \times 100= 37.7\%$

Especificidad: $53/53+2 \times 100= 96.3\%$

Valor predictivo negativo: $53/53+28 \times 100= 65.4\%$

Valor predictivo positivo: $17/17+2 \times 100= 89.4\%$

Eficacia: $53+17/100= 70\%$

 RESUMEN DE RESULTADOS DE FORMULAS:

Punto de corte	88.2
Sensibilidad	37.7%
Especificidad	96.3%
VPN	65.4%
VPP	89.4%