

Diagnóstico de Pleuritis tuberculosa con ADA.

La pleuritis tuberculosa es un diagnóstico muy común en los países en vías de desarrollo y algunas veces es de difícil diagnóstico.

El diagnóstico se resuelve mediante la punción y la biopsia pleural.

Sin embargo las pruebas no suelen ser prácticas en el sentido clínico, ya que el resultado del cultivo puede demorar.

Es por ello que se han desarrollado nuevas pruebas diagnósticas mucho más rápidas, en este estudio se describe la nueva técnica que es el teste de ADA.

El teste de ADA fue realizado en el laboratorio Central del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

Los criterios fueron:

- a) Identificación del BK en el líquido o biopsia pleural.
- b) Cultivo de Espudo positivo en presencia de evidencia clínica.
- c) Evidencia clínica y radiológica de tuberculosis.

El valor diagnóstico del Test ADA se estableció a través de la determinación de la sensibilidad, especificidad, eficacia, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo.

Resultados:

Tipo	Positivo	Negativo
Número	47	61
Promedio	74.3 (DE:± 43.5)	(DE:± 29.7)

Punto de corte: 88.2 UI/L

La diferencia entre estos resultados es estadísticamente significativa: ($p < 0.05$).

	Diagnóstico TBC (-)	Diagnóstico TBC (+)	Total.
Testa ADA (+)	A) 2	B) 17	19
Teste ADA (-)	C) 53	D) 28	81
Total.	A + C= 55	B + D= 45	A + B + C + D= 100

Estándar	Fórmula	Resultado.
Prevalencia.	$A + C / A + B + C + D = 100$	$55 / 100 = 55\%$
Sensibilidad	$A / A + C = 100$	$2 / 55 = 3.6\%$
Especificidad.	$D / B + D = 100$	$28 / 45 = 62.2\%$
Valor predictivo Positivo	$A / A + B = 100$	$2 / 19 = 10.5\%$
Valor predictivo Negativo	$D / C + D = 100$	$28 / 81 = 34.5\%$

1) ¿Hubo estándar de referencia de otro al cuál se le comparo la prueba en estudio?

R= Se comparó con los cultivos, los cuales suelen ser más tardados por lo que no suelen ser tan buenos para la clínica, por lo que se comparó con el test ADA, el cual es más rápido para el diagnóstico.

2) ¿Fue la comparación con el estándar de referencia cegada e independiente?

R= Si se hace una comparación con un valor de corte hospitalario previo con el actual valor de corte.

3) ¿Se describió adecuadamente la población en estudio, así como el tamizaje por el que los pacientes pasaron antes de ser incluidos en el estudio?

R= En el estudio se describen tres puntos por los cuales los pacientes pasaron para determinar si eran aptos para el estudio. (Sensibilidad y especificidad)

4) ¿Se incluyeron pacientes con diferentes grados de severidad de la enfermedad espectro adecuado y no solo pacientes con enfermedad avanzada, o clínicamente evidente?

R= El artículo no especifica un estudio cohorte, pues no los clasifica de acuerdo a su severidad

5) ¿Se describió la manera de realizar la prueba diagnóstica con claridad de modo que se pueda reproducir fácilmente?

R= Se describe que pruebas hacer, más no un desarrollo específico de cada una.

6) ¿Se expresaron con claridad los valores de sensibilidad, especificidad y valores predictivos?

R= Se expresan bien, pero no en porcentaje.

7) ¿Se definió la manera en que se delimito el nivel de normalidad?

R= No, solo se reportan casos de enfermos.

8) ¿Se propone la prueba diagnóstica como una prueba adicional o como una prueba sustituta de la utilizada más comúnmente en la práctica clínica?

R= Una prueba adicional para aumentar la sensibilidad y especificidad.

9) ¿Se informa de las complicaciones o de los efectos adversos potenciales de la prueba?

R= En el estudio no mencionan los riesgos, solamente el beneficio en la clínica.

10) ¿Se proporcionó información relacionada al costo monetario de la prueba?

R= No hay información respecto al costo beneficio de estas pruebas adicionales.