

ACTIVIDAD 2 – PARCIAL 2

MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

Dr. Hugo

Alumno: Reyes Everardo Morales Mariscal

Matricula: LME3815

Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos

	Diagnóstico TBC -	Diagnóstico TBC +
TEST ADA +	2 C	17 A
TEST ADA -	53 D	28 B

Sensibilidad $a / a + c$

$$17/19 = 89\%$$

Especificidad $d / b + d$

$$53 / 81 = 65\%$$

Exactitud $a + d / a + b + c + d$

$$70 / 100 = 70\%$$

Valor predictivo positivo $a / a + b$

$$17 / 45 = 37\%$$

Valor predictivo negativo $d / c + d$

$$53 / 55 = 96 \%$$

Prevalencia $a + c / a + b + c + d$

$$19 / 100 = 19\%$$

Análisis de resultados

A través de las formulas y la elaboración del cuadro de 2 x 2, pude identificar a los pacientes con verdaderos positivos, negativos, falsos verdaderos y positivos.

Podemos concluir que dicho estudio tiene una sensibilidad del 89% lo cual nos indica lo certero que es cuando un paciente con la enfermedad, sale positivo a la prueba ADA.

Su especificidad es del 69% lo cual nos dice que la cantidad de sujetos sin la enfermedad que salen negativos a la prueba no es tan certero.

La exactitud fue del 70% lo que nos refleja que es baja la certeza del test ADA comparado con el estándar de oro.

El valor predictivo positivo fue del 37% lo cual nos indica de que es baja la probabilidad de que un sujeto con la enfermedad salga positivo a la prueba lo cual no es muy confiable para establecer un buen diagnóstico.

El valor predictivo negativo fue del 96% lo que nos refleja que el hecho de que un paciente sin la enfermedad y que salga negativo, sea certero.

Dicha prueba nos dice como conclusión que su sensibilidad es alta ante un caso certero de la enfermedad más la especificidad no es tan confiable porque en base a ello podemos dejar a muchos pacientes ir sin su correcto manejo. Con dicho valor predictivo positivo tan bajo, nos hace retomar el estándar de oro como medida eficaz de diagnóstico aunque el tiempo no lo favorezca por ello es necesario buscar otras formas oportunas para el adecuado diagnóstico.

Análisis del Artículo

Al analizar este artículo, pudimos encontrar que si hubo estándares de referencia para basarse en la propuesta que se comenta como opción de prueba diagnóstica simple. Dichos estándares son la identificación del BK en liquido o biopsia pleural por medio de tinción, cultivo u observación de granuloma en el estudio; cultivo del esputo positivo en presencia de clínica o radiología o ambas y que hayan respondido a la terapia antituberculosa.

Se menciona que la comparación de referencia fue entre los mismos casos quienes fueron evaluados con la prueba ADA y con los criterios diagnósticos (tinciones, cultivos y de radiología)

No se describe detalladamente la población de estudio, solamente se menciona la edad promedio de los casos positivos a tuberculosis. Tampoco si los pacientes presentaban algún tipo de gravedad o su evidencia clínica.

Por otro lado no se menciona detalladamente el proceso de toma de muestra ni como se elaboró el protocolo, por ello no se puede reproducir de nuevo.

Si se proporcionan datos que son necesarios para calcular la especificidad, sensibilidad y valores predictivos.

Se menciona como es que la prueba ADA puede facilitar el diagnostico de pleuritis tuberculosa en poco tiempo sin la necesidad de esperar 1 o 2 meses para el resultado del cultivo BACTEC, mismo que es el estándar de oro, mas no se dan más detalles de ello.

No se menciona lo que es "normal", las complicaciones o efectos adversos post realizar la prueba, ni los costos monetarios para llevarlo acabo, solamente se dice que es de bajo costo.