



## **Epidemiología. Errores sistemáticos (sesgo).**

### **Caso práctico 11. Resolución.**

**Valore en cada uno de los siguientes estudios, si se puede producir algún tipo de sesgo.**

**En caso de que observe alguno determine de qué tipo.**

*1. Una comparación de la incidencia de esquizofrenia en dos países, basada en los diagnósticos registrados en las historias clínicas por psiquiatras.*

Hay una posibilidad de validez diferencial a causa de las diferencias de métodos de medición. Se trata de un sesgo de información.

Puede suceder que los psiquiatras en diferentes países utilizan diferentes criterios y técnicas diagnósticas, y esto puede ocasionar diferencias aparentes en la incidencia de esquizofrenia. La probabilidad de que una persona con esquizofrenia reciba atención psiquiátrica y se le atribuya un diagnóstico psiquiátrico también puede variar de un país a otro.

*2. Un estudio de la asociación de retinopatía con diabetes, basado en las historias clínicas de gente con y sin diabetes.*

A los diabéticos es más probable que se les efectúe un examen de su retina que a otros pacientes, a causa del riesgo conocido de retinopatía diabética. En un estudio que utiliza historias clínicas pueden, por eso, perderse muchas más retinopatías en no diabéticos que en diabéticos.

Puede haber diferencias en la manera en que se obtiene la información: sesgo de información.

*3. Un estudio de la eficacia de la inmunización contra una enfermedad específica, basado en la comparación de la incidencia en voluntarios que fueron inmunizados y en gente que no fue inmunizada.*

En este estudio puede haber un sesgo de selección: los voluntarios pueden diferir en muchos aspectos de otra gente, y estas diferencias pueden verse reflejadas en un riesgo diferente de contraer una dolencia dada.



*4. Un estudio de la eficacia de un nuevo tratamiento de la menstruación dolorosa, en el cual los proponentes del tratamiento preguntaron a las pacientes sobre sus síntomas, después de dividir las aleatoriamente en dos grupos: uno, en el cual las mujeres recibieron el nuevo tratamiento (sin que ellas lo supieran), y otro, en el cual las mujeres continuaron con el tratamiento habitual.*

Hay una posibilidad de que los hallazgos puedan reflejar el sesgo inconsciente de los clínicos, que fueron los proponentes del nuevo tratamiento y sabían cuales pacientes recibían cada tipo de tratamiento. Las preguntas que ellos hacían, la manera en que preguntaban, o la forma en que interpretaban las respuestas podían haber diferido en los dos grupos. Esta posibilidad de validez diferencial no habría existido si la valoración del resultado hubiera sido a "ciegas".

Existe una diferencia de cómo fueron usados los métodos de medición. Se trata, por lo tanto, de un sesgo de información.

*5. Un estudio de la relación entre la exposición a gases anestésicos y una inmunodeficiencia específica, utilizando una prueba con una especificidad del 100% y con una sensibilidad del 60%.*

En este el único problema es la baja sensibilidad (no diferencial) que reduciría, y no podría incrementar, la fuerza de la asociación. No parece haber sesgo.

*6. Un estudio de la asociación de demencia senil con nivel de instrucción, utilizando pruebas simples de función cognitiva (conocimiento general y capacidad intelectual) para medir la demencia senil.*

En este estudio se utilizaron métodos uniformes de medición, pero su validez puede haber diferido en los grupos que fueron comparados. La validez de las pruebas de funcionamiento cognitivo puede variar con el estatus educativo: por ejemplo, una puntuación baja puede ser debida a carencias educativas más que a demencia senil. En ese caso: sesgo de confusión.

Referencia:

Abramson JH. Making sense of data. New York: Oxford University Press, 1988.