Quevedo Cruz L, Montoya R, Valencia A, Picoy J, Otero L, Valencia T, Tovar MA, Saunders M, Evans CA, Datta S.
¿Existe sesgo de consentimiento en la evidencia generada a partir de estudios que evalúan las intervenciones socioeconómicas para prevenir la tuberculosis?
Presentación de póster PS-20-718-0, 1 de noviembre de 2019.

En Actas de la 50.a Conferencia Mundial sobre Salud Pulmonar de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y la Enfermedad Pulmonar (La Unión): 30 de octubre - 2 de noviembre de 2019; Hyderabad, India.

Revista Internacional de Tuberculosis y Enfermedad Pulmonar 2019; 23 (10 Suppl 1): S379.
Acceso abierto: <https://www.theunion.org/what-we-do/journals/ijtld/body/20191101_UNION2019_Abstracts_Final.pdf>

**Antecedentes**: La Estrategia para poner fin a la tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud (OMS) enfatiza la importancia del apoyo socioeconómico en el control de la tuberculosis (TB), con base en la evidencia de los estudios de investigación. Sin embargo, la disminución de la participación en estos estudios puede causar que el sesgo de consentimiento afecte sus conclusiones. El objetivo de este estudio fue evaluar la representatividad de los pacientes con TB reclutados en un estudio de intervención socioeconómica.

**Métodos**: Se invitó a los pacientes que comenzaban el tratamiento de la TB en 32 centros de salud comunitarios en el Callao, Perú, a participar en la cohorte PREVENIR la TB y el estudio CRESIPT (http://www.isrctn.com/ISRCTN17820976) de junio de 2016 a junio de 2017. Demografía y tratamiento Los datos de resultado se extrajeron de las tarjetas de tratamiento del programa nacional peruano de TB. El resultado del tratamiento fue según lo definido por la OMS.

**Resultados:** Después de la aprobación ética, 1103 personas comenzaron el tratamiento de la tuberculosis, de los cuales el 99% (n = 1093) fueron invitados a participar. La mediana de edad fue de 31 años (rango intercuartil = 22-46 años), y el 66% eran hombres. Dentro de los invitados, el 90% (n = 984) dio su consentimiento informado por escrito y fueron reclutados para el estudio. Al comparar a los que fueron reclutados versus todos los que fueron tratados, no hubo diferencia en la proporción de pacientes que murieron durante el tratamiento o tuvieron un resultado exitoso del tratamiento (ambos p> 0.2, ver figura). Sin embargo, aquellos que rechazaron la participación (n = 109) tenían 4.9 veces más probabilidades de morir durante el tratamiento (11%, n = 12) en comparación con los participantes reclutados (2.5%, n = 25, p <0.0001, ver figura), y 0,59 veces, es decir, aproximadamente la mitad de probabilidades de tener un resultado de tratamiento exitoso (p <0,0001).

**Conclusiones:** El sesgo de consentimiento generalmente se evalúa analizando si la población de estudio tiene características similares a la población de origen, que en nuestro estudio tenía características casi indistinguibles. Sin embargo, al obtener la aprobación ética para comparar adicionalmente el resultado del tratamiento de la TB, descubrimos que los pacientes que dieron su consentimiento no representaron significativamente a los pacientes con TB de alto riesgo. Por lo tanto, el enfoque habitual para evaluar el sesgo de consentimiento fue engañoso y el sesgo de consentimiento puede hacer que los estudios subestimen el impacto de las intervenciones socioeconómicas.