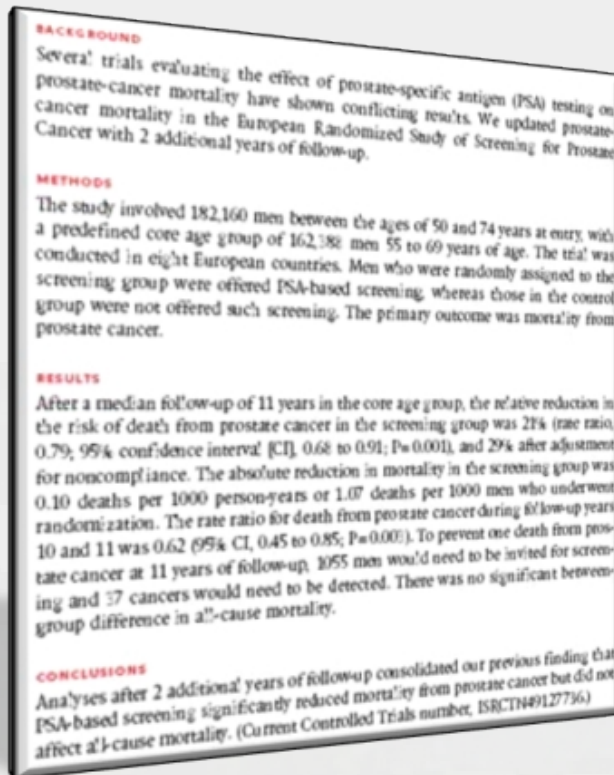
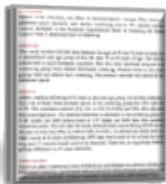


“Ausencia de conflicto de intereses”

Cómo elaborar un resumen estructurado de una comunicación científica de calidad

Carlos Ochoa Sangrador

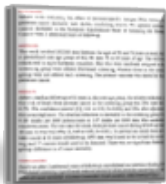




Importancia de los Resúmenes

Resúmenes de Comunicaciones o Artículos

- Principal (único) escaparate a los lectores
- Elaborados con escasa atención o prisas
- Su calidad va influir en su aceptación/lectura
- Su calidad debe reflejar la del trabajo
- Principal testimonio (bases de datos)



Criterios de Calidad

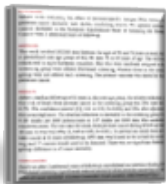
Calidad Formal

Estructura

Estilo de redacción

Calidad de contenido

Objetivo único y claro, métodos bien
definidos, resultados precisos y
conclusiones fundadas

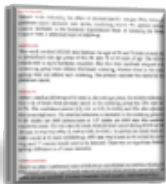


Estructura

Normas específicas

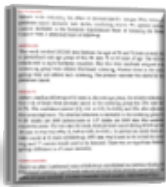
- **Título, Autores e Institución**
- **Introducción (o Fundamentos o Antecedentes o Justificación) y objetivos**
- **Métodos (diseño, ámbito, muestra, etc.)**
- **Resultados**
- **Conclusiones**

15 - 6 - 250



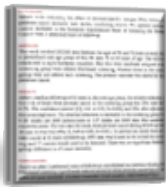
Estilo de Redacción

- Veracidad, rigor, ética, síntesis y claridad
- Título breve e informativo, sin abreviaturas
- Frases cortas y sencillas (**Inglés**)
- Evitar voz pasiva y gerundios
- No malgastar palabras (“este trabajo ...”)
- Evitar extranjerismos y faltas ortografía o gramaticales



Resúmenes - Contenido

- **Introducción** ¿Qué se sabe?
 ¿Por qué se hace el estudio?
- **Métodos** ¿Qué se ha hecho y cómo?
- **Resultados** ¿Qué se ha encontrado?
- **Conclusiones** ¿Qué implicaciones tiene?
 ¿Qué hay de nuevo?



Resúmenes - Contenido

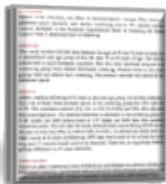
Introducción - Objetivos

- Antecedentes y Justificación
- Pregunta de investigación - Hipótesis

Métodos

- Diseño epidemiológico; Población estudio (**N**)
- Variables exposición – efecto
- Medida principal del efecto





Resúmenes - Contenido

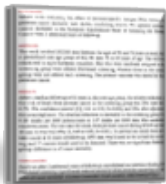
Resultados

- Muestra de estudio (**n**)
- Medida principal del efecto (precisión; **IC** “p”)
- Medidas frecuencia-riesgo-impacto

¿Tablas – Figuras?

Discusión

- Respuesta a la pregunta de investigación
- Interpretación – Limitaciones – Implicaciones



Resúmenes - Contenido

★ Título, Autores e Institución

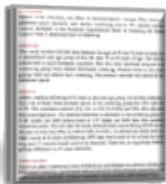
- Introducción - objetivos
- Métodos (diseño, ámbito)
- Resultados
- Conclusiones

MODIFICA EL ESTADO HORMONAL EN RATONES



La cerveza podría ayudar a prevenir el cáncer de mama





Estructura

Caso Clínico

- Título, Autores e Institución

- Introducción

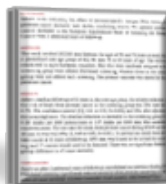
¿Qué se sabe?

- Caso Clínico

- Conclusiones

¿Qué hay de nuevo?





Estructura

Propranolol for Severe Hemangiomas of Infancy

TO THE EDITOR: Despite their self-limited course, infantile capillary hemangiomas can impair vital or sensory functions or cause disfigurement. Corticosteroids are the first line of treatment for problematic infantile capillary hemangiomas^{1,2}; other options include interferon alfa³ and vincristine.¹ We have observed that propranolol can inhibit the growth of these hemangiomas. Our preliminary data from 11 children are summarized in Table 1 in the Supplementary Appendix, available with the full text of this letter at www.nejm.org.

The first child had a nasal capillary hemangioma. Despite corticosteroid treatment, the lesion was stabilized but obstructive hypertrophic myocardiopathy developed, so the patient was treated with propranolol. The day after the initiation of treatment, the hemangioma changed from intense red to purple, and it softened. The corticosteroids were tapered, but the hemangioma continued to improve. When the corticosteroids were discontinued, no regrowth of the hemangi-

conal
intracere
cheal an
mentary
increase
propran
body w
later, th
neously,
consider
disconti
regrowt
age, th
major v



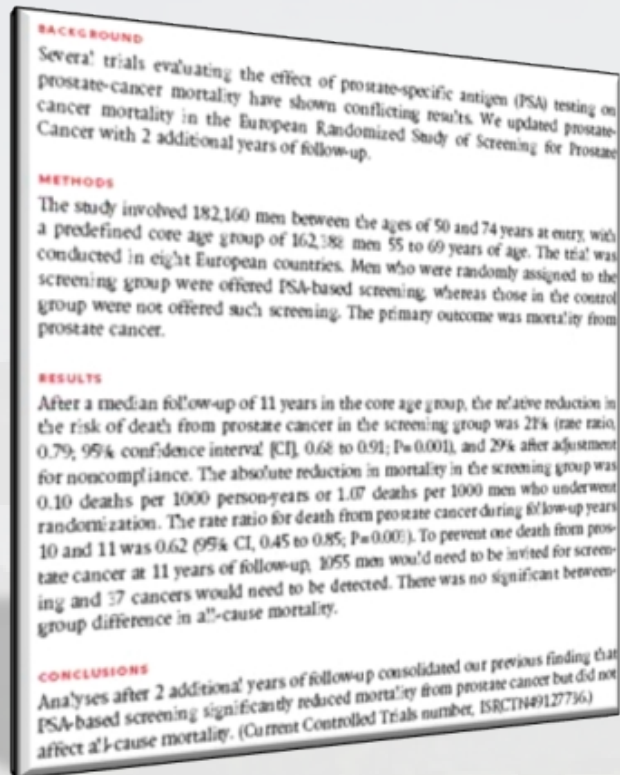
After written informed consent had been obtained from the parents, propranolol was given to nine additional children who had severe or disfiguring infantile capillary hemangiomas (Table 1 in the Supplementary Appendix). In these patients, 24 hours after the initiation of treatment, we observed a change in the hemangioma from intense red to purple; this change was as

l as an
n and tra
e Supple
r showed
nent with
ogram of
even days
ve sponta

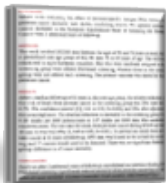


Léauté-Labréze C, et al. *N Engl J Med* 2008;358:2649–51.

Estructura



Hagamos un resumen...



Resúmenes – Un ejemplo

238 niños

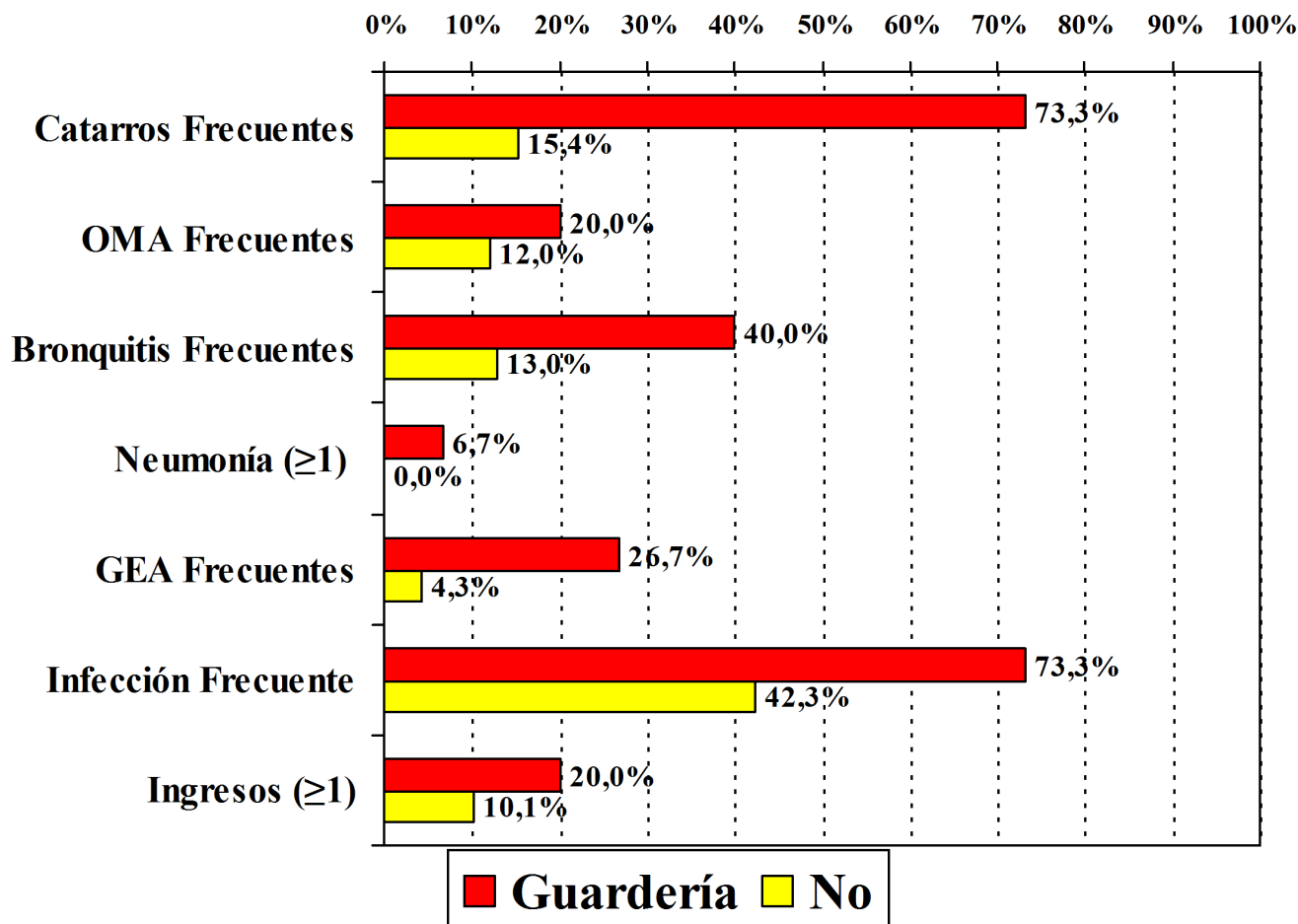
1º año

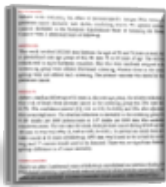
Centro Salud

Guardería

(13%)

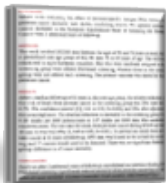
Infecciones





Resúmenes - Contenido

- **Introducción** ¿Qué se sabe?
 ¿Por qué se hace el estudio?
- **Métodos** ¿Qué se ha hecho y cómo?
- **Resultados** ¿Qué se ha encontrado?
- **Conclusiones** ¿Qué implicaciones tiene?
 ¿Qué hay de nuevo?



Resúmenes – Un ejemplo

Objetivos

Antecedentes

Pregunta Invest.

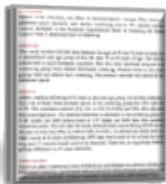
Pacientes y métodos

Diseño

Criterios Inclusión

Variables de exposición y efecto

Medida Principal Efecto

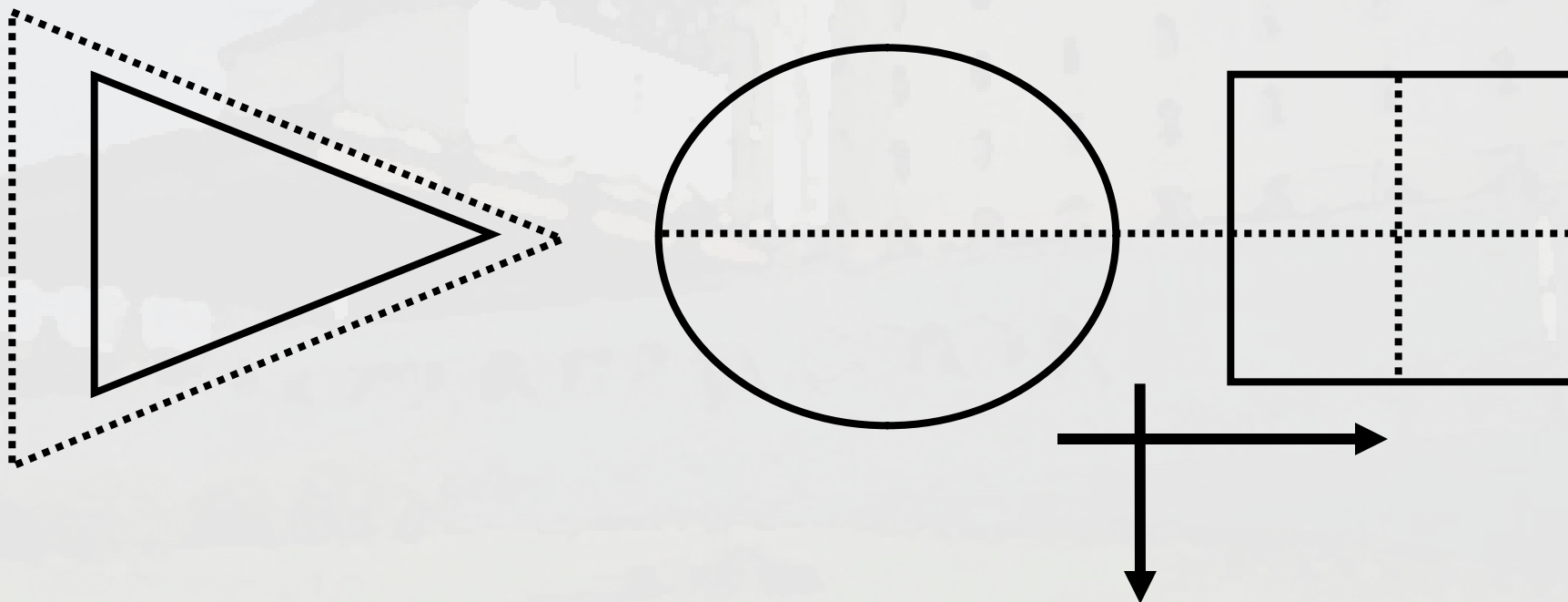


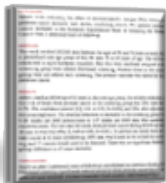
Resúmenes – Esquema



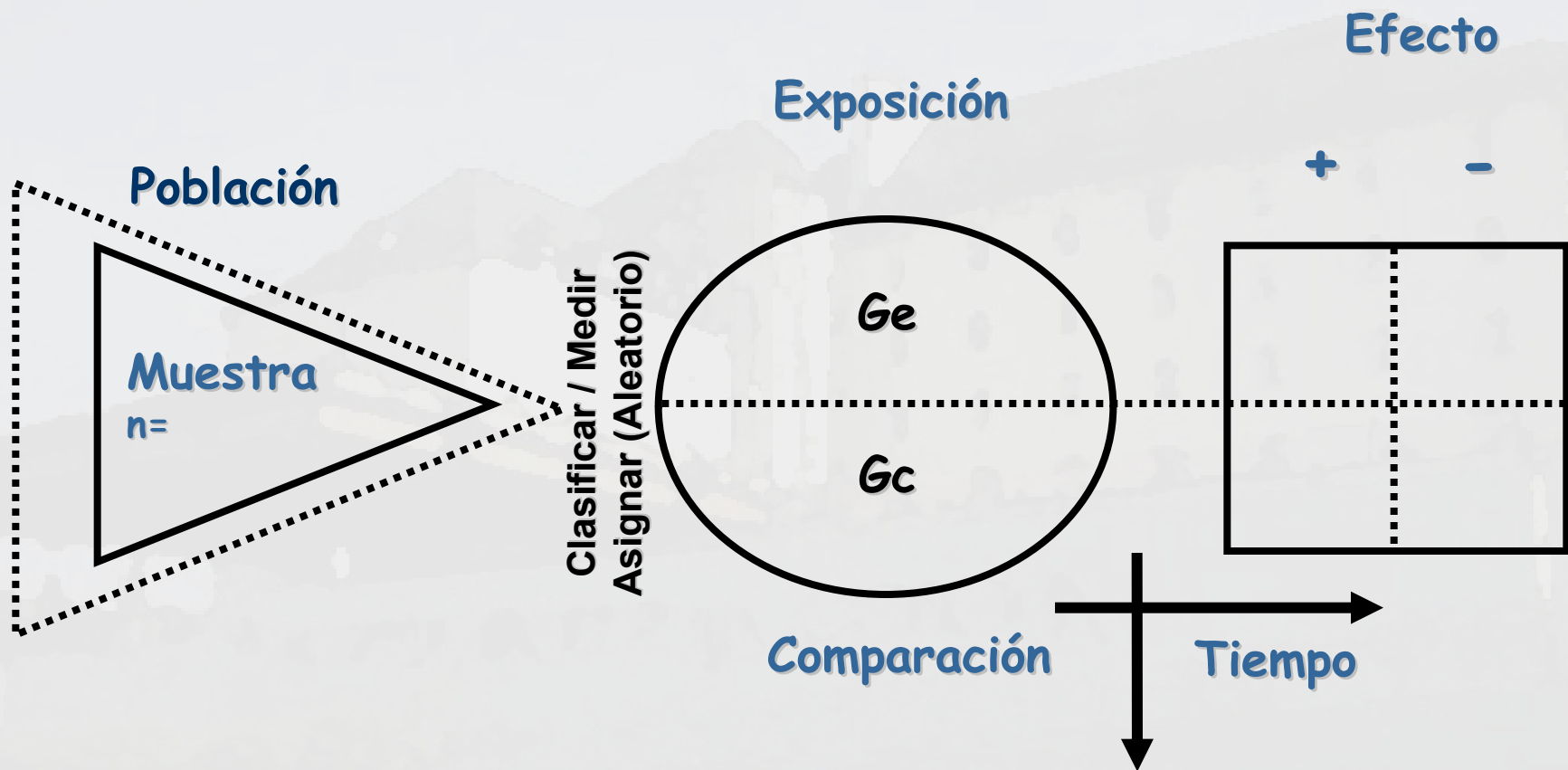
EPIQ team: Rod Jackson

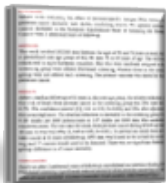
<http://www.fmhs.auckland.ac.nz/soph/depts/epi/epiq/ebp.aspx>



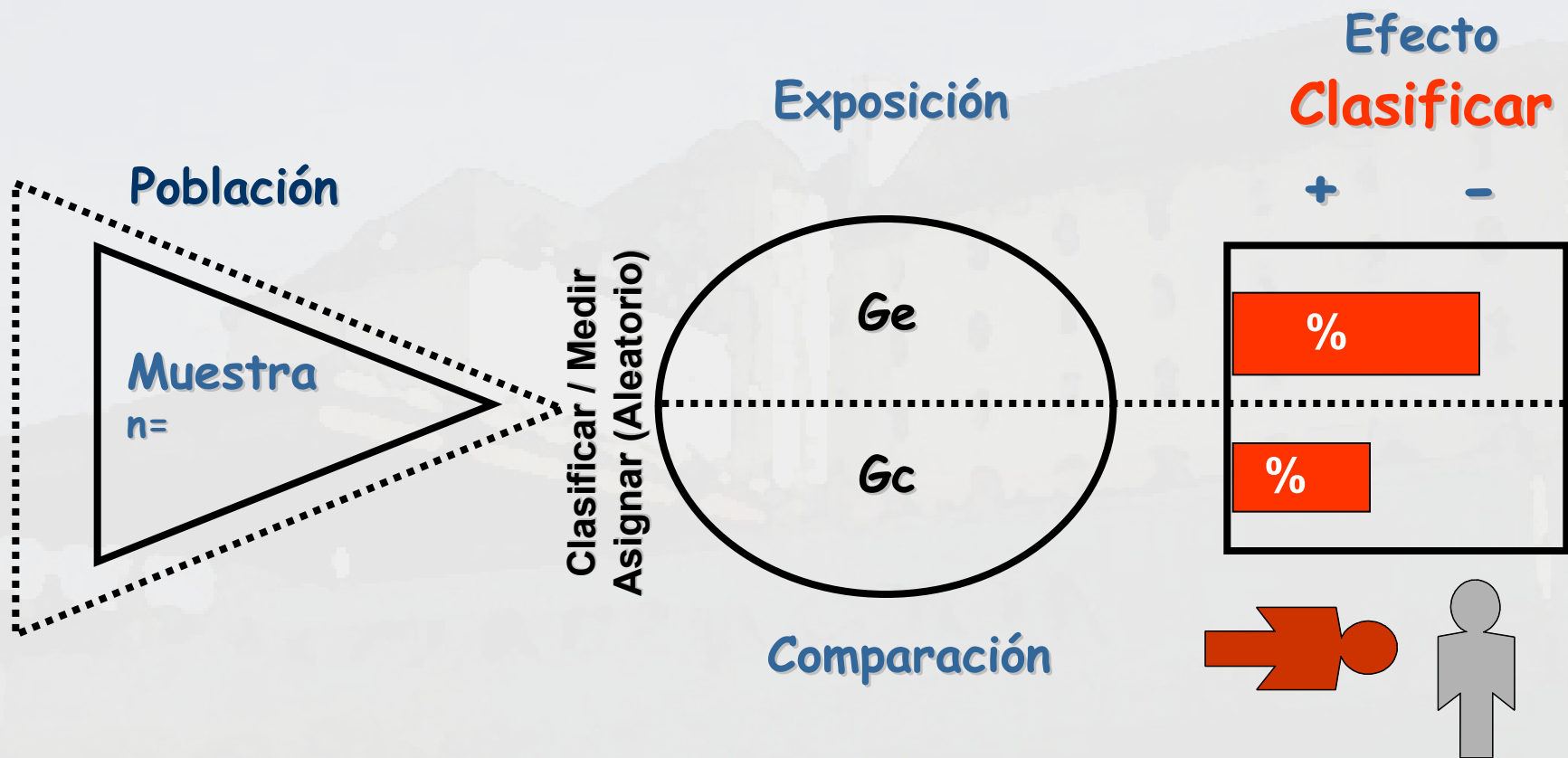


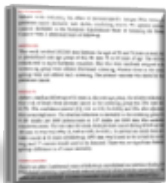
Resúmenes – Esquema



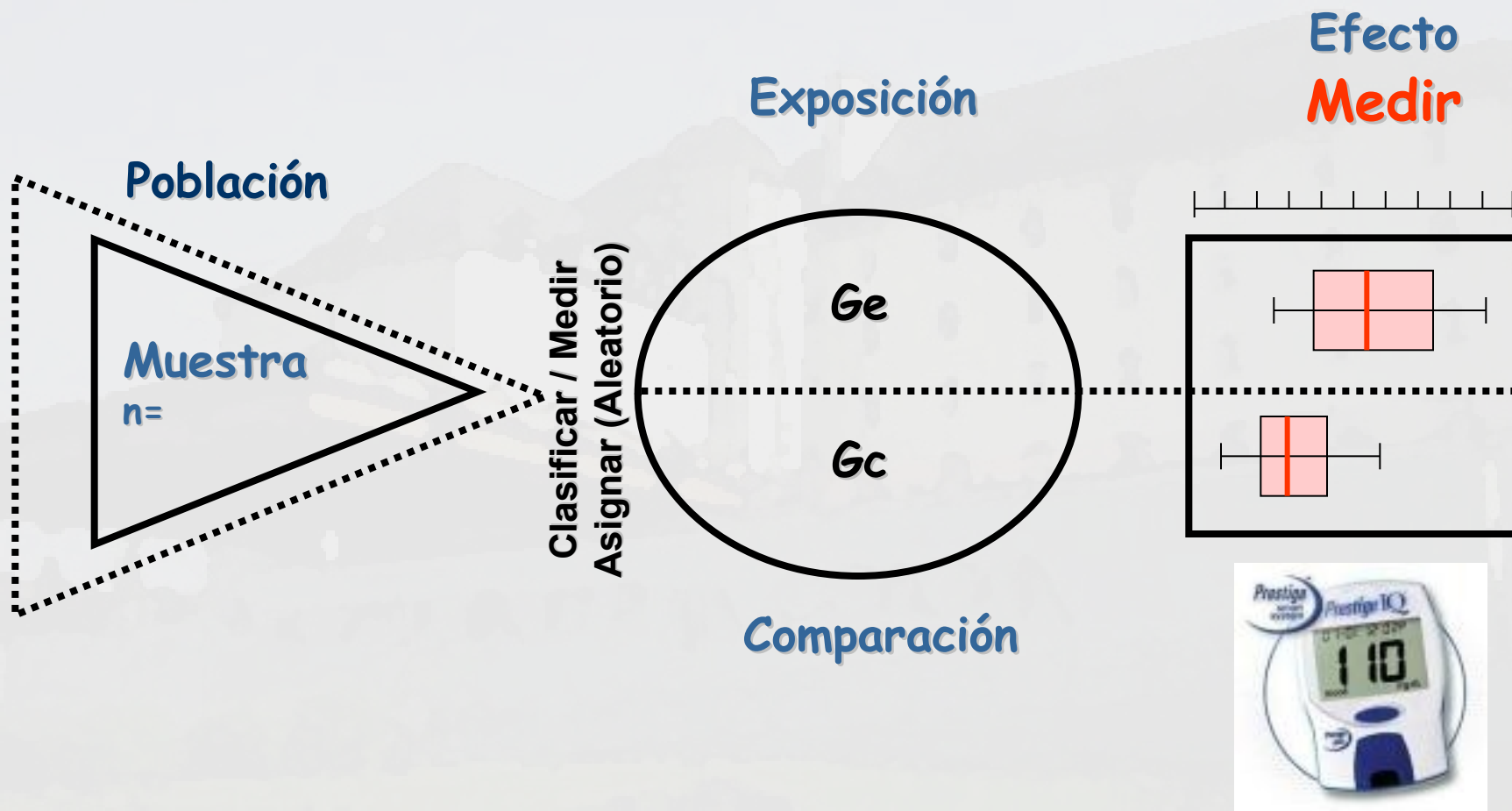


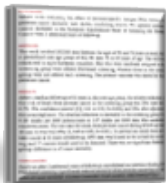
Resúmenes – Esquema



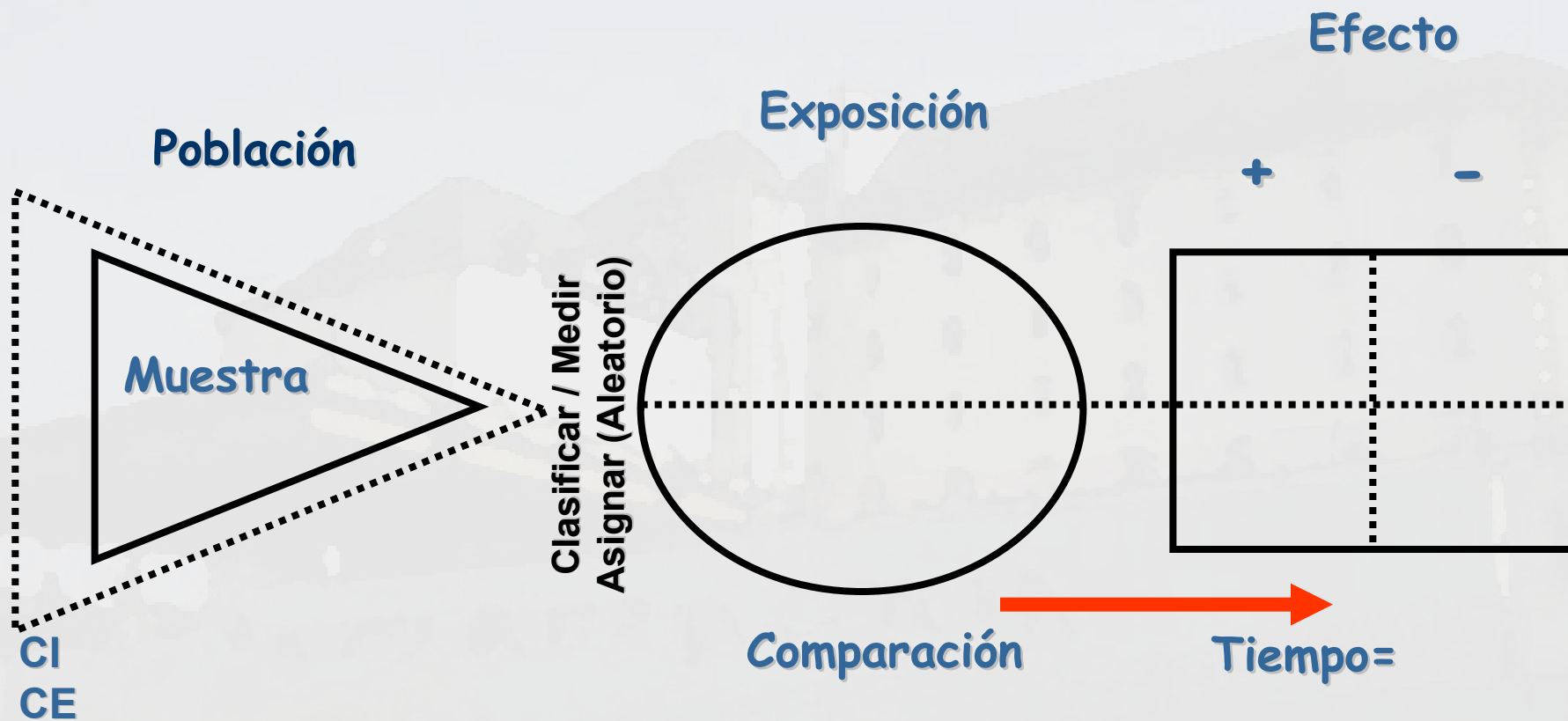


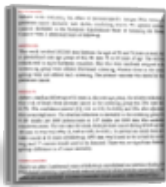
Resúmenes – Esquema



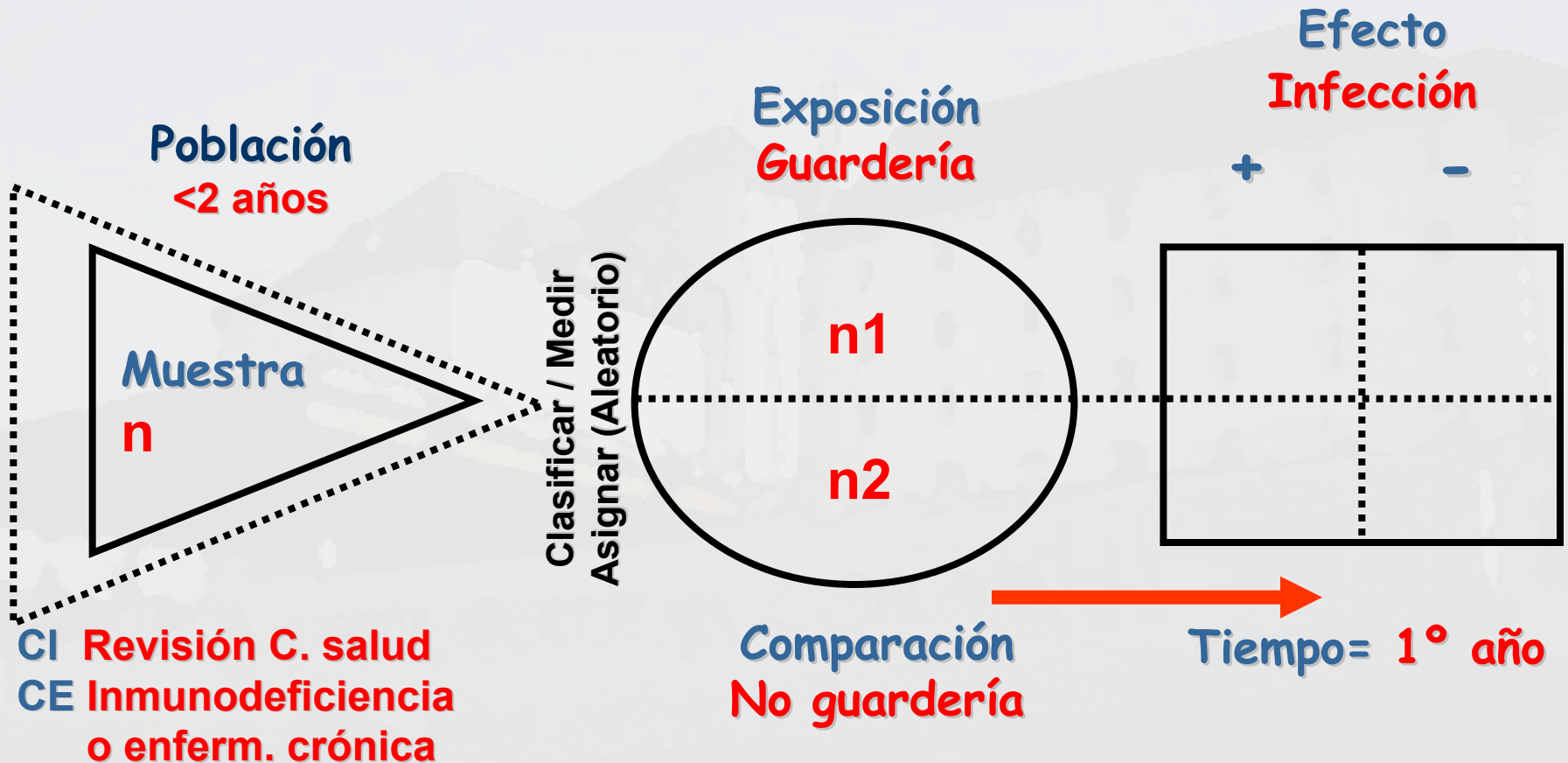


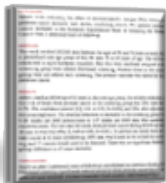
Resúmenes – Esquema





Resúmenes – Esquema





Resúmenes – Un ejemplo

Objetivos

Antecedentes

Pregunta Investigación

Pacientes y métodos

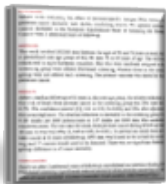
Diseño

Criterios Inclusión

Variables de exposición y efecto

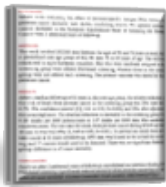
Medida Principal Efecto

P paciente
E exposición/intervención
C comparación
O resultado (outcome)



Resúmenes – Diseño





Resúmenes – Un ejemplo

Objetivos

La asistencia a guardería se asocia a mayor riesgo de infección, pero parte del riesgo se debe a otros factores socio-familiares. Nuestro objetivo es cuantificar en el primer año de vida el riesgo independiente de infección aguda asociado a asistencia a guardería

Antecedentes

Pacientes y métodos

Diseño

Pregunta Invest.

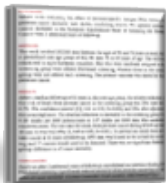
Estudio de cohortes retrospectivo. Niños <2 años que acudían a revisión a centro de salud (excluidos enfermos crónico o con inmunodeficientes).

Criterios Inclusión

Se evaluó la asistencia a guardería (inicio, frecuencia) mediante cuestionario a padres, y la frecuencia de enfermedad infecciosa aguda mediante cuestionario y revisión de historias.

Variables de exposición y efecto

Medida Principal Efecto



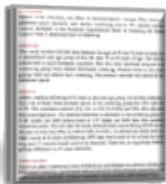
Resúmenes – Un ejemplo

Resultados

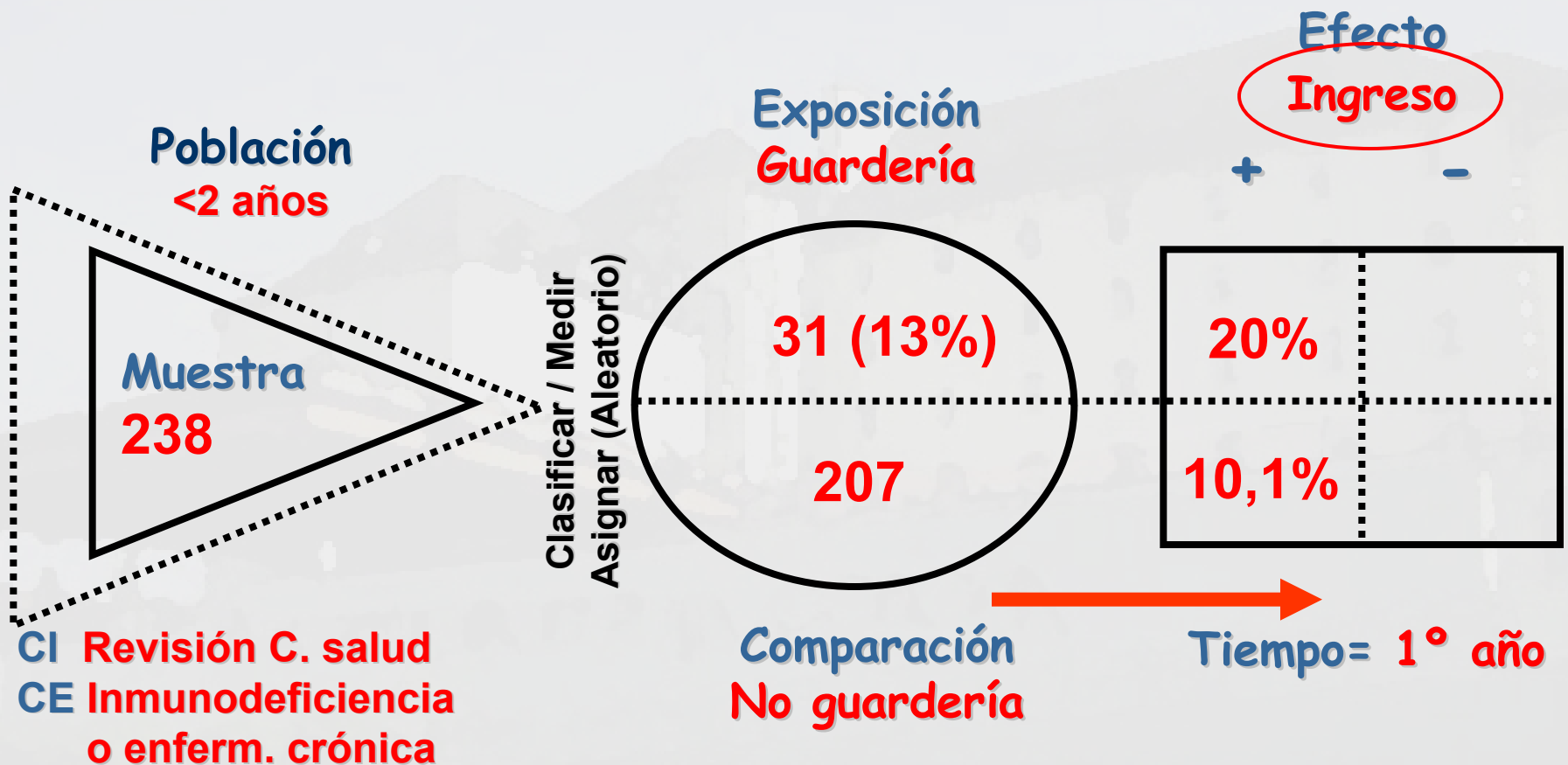
Muestra de estudio (n)

Medida principal de efecto (IC, p)

Medidas frecuencia, riesgo, impacto



Resúmenes – Esquema

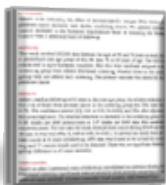




Resúmenes – Esquema

Tipo de diseño	Medidas de Frecuencia	Medidas de Riesgo	Medidas de Impacto
Transversal	Prevalencia	RP (razón prevalencias)	
Cohortes	Incidencia (acumulada o densidad incidencia)	Riesgo relativo (RR) Razón de densidades de incidencia (RDI) Cociente de riesgos instantáneos (HR)	Proporción atribuible (PA), PA poblacional (PAP)
Casos-controles		Odds ratio (OR)	PA*, PAP* * estimados
Ensayo clínico	Incidencia	Reducción absoluta del riesgo (RAR) Reducción relative del riesgo (RRR) RR; OR; HR	Número necesario a tratar (NNT)





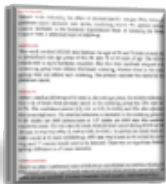
Resúmenes – Esquema

Efecto	RR	IC 95%
Catarros Frecuentes	4,77	3,25 a 7,00
OMA Frecuentes	1,66	0,74 a 3,72
Bronquitis Frecuentes	3,08	1,75 a 5,40
GEA Frecuentes	6,16	2,57 a 14,74
Infección Frecuente	1,73	1,32 a 2,26
Ingreso (≥ 1)	1,98	0,87 a 4,50

OR ajustados* para Infección frecuente 4,55 (IC95% 1,90 a 10,93)

OR ajustados* para Ingreso 3,30 (IC95% 1,05 a 10,39)

* sexo, hermanos, tabaco, nivel de estudios y situación laboral paterna



Resúmenes – Un ejemplo

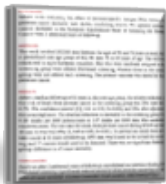
Resultados

Muestra de estudio (n)

Recogimos 238 niños (13% asistieron a guardería).
Presentaron infecciones frecuentes el 73% de los que acudieron a guardería y el 42% de los que no (RR 1,73; IC 1,32 a 2,26), e ingreso un 20% y un 10,1% respectivamente (RR 1,98: IC 0,87 a 4,50). Por diagnósticos el mayor riesgo fue, por orden decreciente, de gastroenteritis, catarros y bronquitis.
Ajustando por sexo, hermanos, tabaco, nivel de estudios y situación laboral de los padres, el riesgo asociado a guardería fue entre 3 y 4 veces mayor para infección frecuente (ORa 4,55; IC 1,90 a 10,93; proporción atribuible 78%) e ingreso (ORa 3,30; IC 1,05 a 10,39; proporción atribuible 69%).

Medida principal de efecto (IC, p)

Medidas frecuencia, riesgo, impacto



Resúmenes – Un ejemplo

Conclusiones

Respuesta Pregunta Invest.

La asistencia a guardería se asocia a un aumento del riesgo de infección frecuente e ingreso entre 3 y 4 veces.

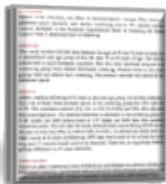
Nuestros resultados concuerdan con lo encontrado en otros estudios.

La exposición a guardería se ha recogido retrospectivamente por encuesta, pero la frecuencia de infecciones comprobada en registros médicos. Podría haber una sobrerrepresentación de enfermos.

Los padres deben ser informados de la magnitud del riesgo de infección que implica la asistencia a guardería.

Limitaciones

Implicaciones fundadas



Resúmenes – Un ejemplo

Títulos propuestos:

1. Estudio de cohorte del riesgo de la asistencia a guardería sobre infección aguda en la infancia
2. El riesgo asociado a la asistencia a guardería en el primer año de vida
3. La asistencia a guardería aumenta el riesgo de infección
4. La asistencia a guardería triplica el riesgo de ingreso en el primer año de vida
5. ¿Debemos llevar a nuestros niños a la guardería?



Evaluación de Resúmenes



Escala de Valoración de Resúmenes de Comunicaciones VAREMO

Criterios de Exclusión*

Tema no relacionado con el Congreso-Reunión ☐

Formato de resumen no ajustado a las normas oficiales (estructura, extensión, etc.) ☐

Constancia de mala conducta científica (conflicto ético, plagio, duplicidad no justificada, etc.) ☐

Resumen con información insuficiente (ej. sin resultados) ☐

Limitación metodológica que invalida los resultados (ej. diseño o análisis inadecuados) ☐

1.- Diseño:

Ensayo clínico aleatorizado controlado (ECAC) ☐ 6

Estudio de cohortes prospectivo (CP); Experimental no controlado o no aleatorizado ☐ 4

Estudio de cohortes retrospectivo (CR); Casos y controles (CC); Revisión Sistemática (RS) ☐ 3

Estudio transversal (ET); Estudio de pruebas diagnósticas (PD)^h; Estudio de costes (EC)^h ☐ 2

Serie de casos ☐ 1

Otros (casos clínicos) ☐ 0

2.- Limitaciones Metodológicas (-0,6 por criterio)ⁱ ☐

a ☐ Muestra inapropiada (EA [ECAC, CP, CR, CC, PD, EC]; ET; RS)

b ☐ Aleatorización inadecuada (ECAC)

c ☐ Seguimiento incompleto - Pérdidas altas (20%) o sesgadas (EA; ET; RS)

d ☐ Grupo control inapropiado (CP, CR, CC, PD, EC)

e ☐ No enmascaramiento-ciego (ECAC) o clasificación no independiente (EA)

f ☐ Variables/medidas de exposición o efecto inválidas

g ☐ Imprecisión (EA y ET; muestra pequeña, intervalos amplios, no potencia si negativo)

h ☐ Análisis inapropiado (no ajustes, medidas o pruebas inapropiadas)

3.- Criterios de calidad de Estructura (+0,6 por criterio)^j ☐

a ☐ Título informativo

b ☐ Justificación de la comunicación („¿Qué se sabe?“) o Pregunta de investigación

c ☐ Objetivo del estudio definido (PECO: paciente, exposición, medida efecto principal)

d ☐ Resultados principales detallados con medidas de efecto absolutas y/o de impacto

e ☐ Resultados principales con precisión (IC 95%; "p"; contraste estadístico)

f ☐ Justificación de limitaciones del estudio

g ☐ Valoración válida y acorde de resultados o conclusiones („¿Qué se aporta?“)

h ☐ Estilo de redacción claro y preciso

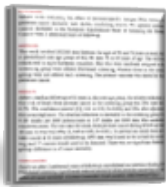
4.- Originalidad-Novedad^k

0 1 2 3

0 1 2 3

5.- Impacto Clínico-Medial^l

Diseño ☐ Limitaciones ☐ Estructura ☐ Originalidad ☐ Impacto ☐ Total^m



Evaluación de Resúmenes

Escalas de evaluación

- Originalidad (poco fiable; subjetiva)
- Importancia clínica (variable)
- Tipo de diseño (peso variable)
- Limitaciones metodológicas (complejo)
- Calidad formal



Evaluación de Resúmenes

Escala de VALoración de RESúmenes de CoMunicaciOnes VAREMO

Criterios de Exclusión^a

Tema no relacionado con el Congreso-Reunión

☐

Formato de resumen no ajustado a las normas oficiales (estructura, extensión, etc.)

☐

Constancia de mala conducta científica (conflicto ético, plagio, duplicidad no justificada, etc.)

☐

Resumen con información insuficiente (ej. sin resultados)

☐

Limitación metodológica que invalida los resultados (ej. diseño o análisis inadecuados)

☐

1.- Diseño:

Ensayo clínico aleatorizado controlado (ECAC)

Estudio de cohortes prospectivo (CP); Experimental no controlado o no aleatorizado

Estudio de cohortes retrospectivo (CR); Casos y controles (CC); Revisión Sistemática (RS)

Estudio transversal (ET); Estudio de pruebas diagnósticas (PD)^b; Estudio de costes (EC)^b

Series de casos

Otros (casos clínicos)





Evaluación de Resúmenes

2.- Limitaciones Metodológicas (-0,5 por criterio)^c

-

- a ☐ Muestra inapropiada (EA [ECAC, CP, CR, CC, PD, EC]; ET; RS)
- b ☐ Aleatorización inadecuada (ECAC)
- c ☐ Seguimiento incompleto – Pérdidas altas (20%) o sesgadas (EA; ET; RS)
- d ☐ Grupo control inapropiado (CP, CR, CC, PD, EC)
- e ☐ No enmascaramiento-ciego (ECAC) o clasificación no independiente (EA)
- f ☐ Variables/medidas de exposición o efecto inválidas
- g ☐ Imprecisión (EA y ET; muestra pequeña, intervalos amplios, no potencia si negativo)
- h ☐ Análisis inapropiado (no ajustes, medidas o pruebas inapropiadas)

3.- Criterios de calidad de Estructura (+0,5 por criterio)^d

+

- a ☐ Título informativo
- b ☐ Justificación de la comunicación (¿Qué se sabe?) o Pregunta de investigación
- c ☐ Objetivo del estudio definido (PECO: paciente, exposición, medida efecto principal)
- d ☐ Resultados principales detallados con medidas de efecto absolutas y/o de impacto
- e ☐ Resultados principales con precisión (IC 95%; “p”; contraste estadístico)
- f ☐ Justificación de limitaciones del estudio
- g ☐ Valoración válida y acorde de resultados o conclusiones (¿Qué se aporta?)
- h ☐ Estilo de redacción claro y preciso



Evaluación de Resúmenes

4.- Originalidad-Novedad^e

0	1	2	3
---	---	---	---

5.- Impacto Clínico-Mediático^f

0	1	2	3
---	---	---	---

Diseño

Limitaciones

—

Estructura

+

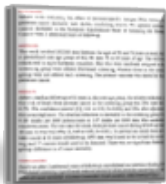
Originalidad

+

Impacto

+

Total^g



Evaluación de Resúmenes

3.- Criterios de calidad de Estructura (+0,5 por criterio)^d

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| a | ☐ | Título informativo |
| b | ☐ | Justificación de la comunicación (¿Qué se sabe?) o Pregunta de investigación |
| c | ☐ | Objetivo del estudio definido (PECO: paciente, exposición, medida efecto principal) |
| d | ☐ | Resultados principales detallados con medidas de efecto absolutas y/o de impacto |
| e | ☐ | Resultados principales con precisión (IC 95%; "p"; contraste estadístico) |
| f | ☐ | Justificación de limitaciones del estudio |
| g | ☐ | Valoración válida y acorde de resultados o conclusiones (¿Qué se aporta?) |
| h | ☐ | Estilo de redacción claro y preciso |

1.- Sobrepeso y obesidad: ¿cuál es nuestra realidad?, ¿qué referencia utilizamos? El estudio OBESGAL

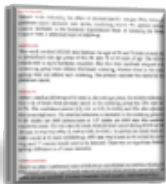
Introducción: la obesidad, en la edad pediátrica, constituye un desafío de salud pública. Por este motivo, llevamos a cabo un estudio comparativo de los resultados obtenidos en el momento actual en nuestra área sanitaria, para valorar el estado de nutrición de la población infantil de 2 a 15 años, atendidos en distintos centros de Atención Primaria, estudiando la prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida en nuestra comunidad autónoma y confrontarlos con estudios previos a nivel nacional.

Título informativo

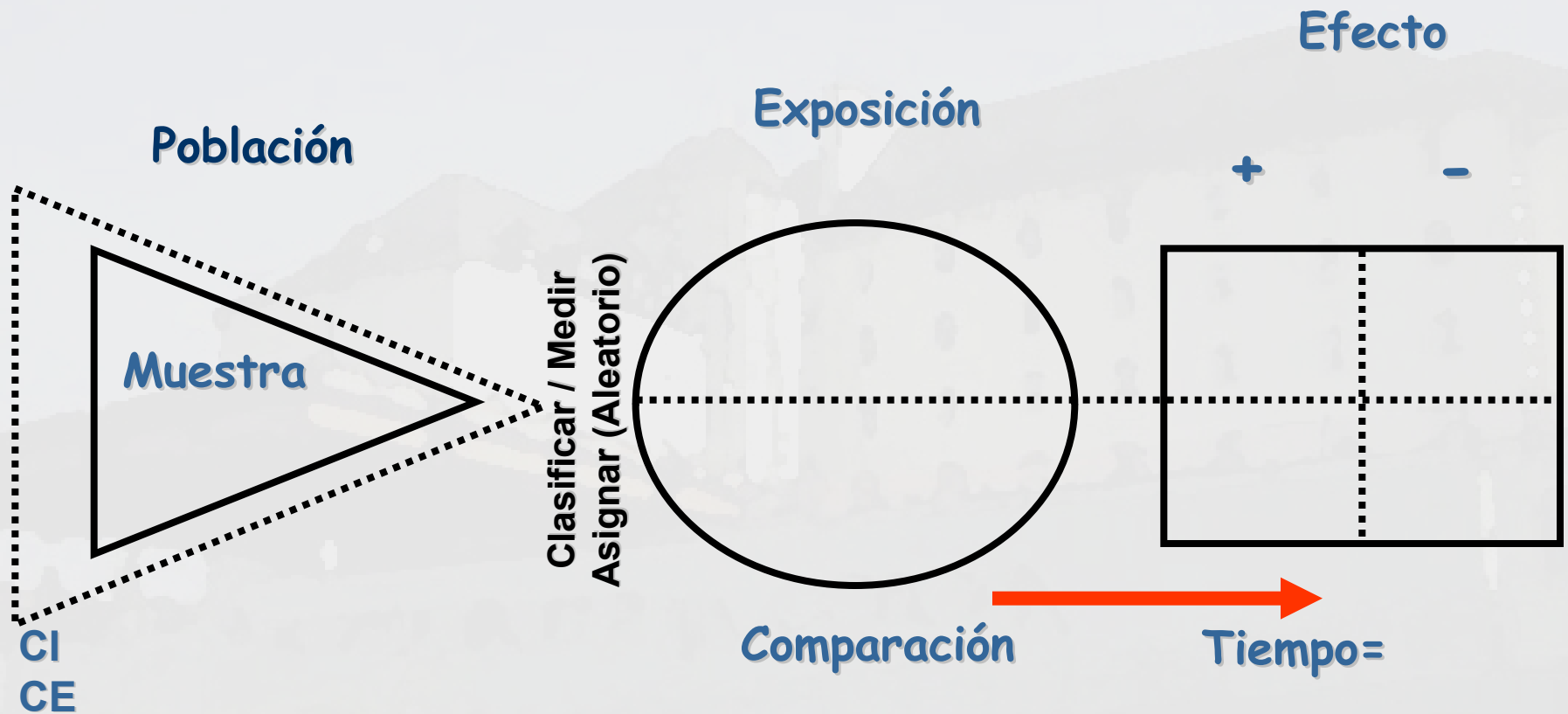
Antecedentes

Pregunta Investigación

Estilo de redacción

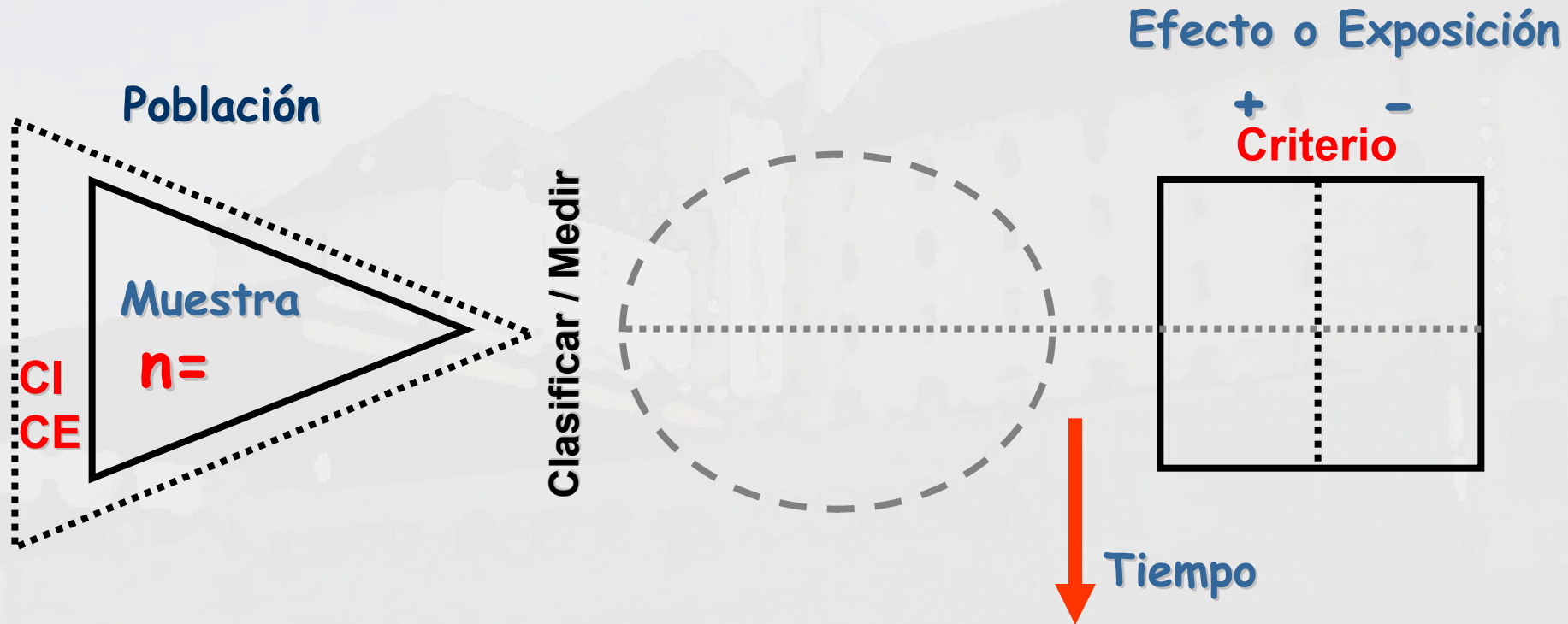


1.- Sobrepeso y obesidad: ¿cuál es nuestra realidad?, ¿qué referencia utilizamos? El estudio OBESGAL



1.- Sobrepeso y obesidad: ¿cuál es nuestra realidad?, ¿qué referencia utilizamos? El estudio OBESGAL

ESTUDIO TRANSVERSAL



1.- Sobrepeso y obesidad: ¿cuál es nuestra realidad?, ¿qué referencia utilizamos? El estudio OBESGAL

Diseño

Material y métodos: la población del estudio está compuesta de una muestra representativa de 15 142 niños, de edades comprendidas entre 2 y 15 años. Se revisaron las historias clínicas y se recogieron los datos antropométricos (peso, talla e índice de masa corporal [IMC]) procedentes de los controles establecidos en el Programa de Salud Infantil (Programa do Neno San), obteniendo una muestra final de 12 643 individuos (6433 [50,9%] niños y 6210 niñas [49,1%]). La **prevalencia** de sobrepeso y obesidad se analizó en función de las variables edad y sexo, estableciéndose como puntos de corte los correspondientes a los percentiles p85 (sobrepeso) y p95 (obesidad). Para categorizar el IMC se utilizaron las gráficas para edad y sexo del estudio longitudinal de crecimiento de la Fundación Orbegozo que figuran en la historia clínica del SERGAS (Servizo Galego de Saúde). Las estimaciones de prevalencia se acompañaron de los respectivos intervalos de confianza del 95% (IC 95). Para la comparación de variables cualitativas se utilizó la prueba X². Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS® para Windows®, versión 12.0. Comparamos nuestros resultados con los de estudios previos: el estudio enKid (1988-2000), y el estudio Aladino (2010-2011).

Variables de exposición y/o efecto

Criterios Inclusión

Medida Principal Efecto

1.- Sobrepeso y obesidad: ¿cuál es nuestra realidad?, ¿qué referencia utilizamos? El estudio OBESGAL

Material y métodos: la población del estudio está compuesta de una muestra representativa de 15 142 niños, de edades comprendidas entre 2 y 15 años. Se revisaron las historias clínicas y se recogieron los datos antropométricos (peso, talla e índice de masa corporal [IMC]) procedentes de los controles establecidos en el Programa de Salud Infantil (Programa do Neno San), obteniendo una muestra final de 12 643 individuos (6433 [50,9%] niños y 6210 niñas [49,1%]). La prevalencia de sobrepeso y obesidad se analizó en función de las variables edad y sexo, estableciéndose como puntos de corte los correspondientes a los percentiles p85 (sobrepeso) y p95 (obesidad). Para categorizar el IMC se utilizaron las gráficas para edad y sexo del estudio longitudinal de crecimiento de la Fundación Orbegozo que figuran en la historia clínica del SERGAS (Servizo Galego de Saúde). Las estimaciones de prevalencia se acompañaron de los respectivos intervalos de confianza del 95% (IC 95). Para la comparación de variables cualitativas se utilizó la prueba X². Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS® para Windows®, versión 12.0. Comparamos nuestros resultados con los de estudios previos: el estudio enKid (1988-2000), y el estudio Aladino (2010-2011).

¿Qué sobra?

1.- Sobrepeso y obesidad: ¿cuál es nuestra realidad?, ¿qué referencia utilizamos? El estudio OBESGAL

Resultados: la prevalencia de sobrepeso (9,3%) y obesidad (9,7%) en nuestro estudio es inferior, globalmente, a la obtenida en otros estudios de referencia nacionales: enKid (12,4/13,9%), Aladino (26,2/18,3%), etc., aunque no es fácil establecer comparaciones puesto que los criterios empleados para definir sobrepeso y obesidad no son los mismos, no usan las mismas tablas como referencia ni el mismo punto de corte.

Conclusiones: la prevalencia de sobrepeso y obesidad varía según sea el estudio de referencia utilizado alejándose, en nuestro caso, de la cifra "oficial" esperada. Es necesario consensuar y unificar criterios (Organización Mundial de la Salud [OMS], International Obesity TaskForce [IOTF], Orbegozo, etc.) para establecer el diagnóstico de sobrepeso u obesidad a partir del IMC.

Muestra de estudio (n)

Respuesta Pregunta Invest.

Medida principal de efecto (IC, p)

Limitaciones

Medidas frecuencia, riesgo, impacto

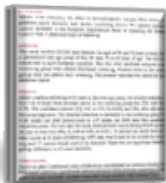
Implicaciones fundadas

1.- Sobrepeso y obesidad: ¿cuál es nuestra realidad?, ¿qué referencia utilizamos? El estudio OBESGAL

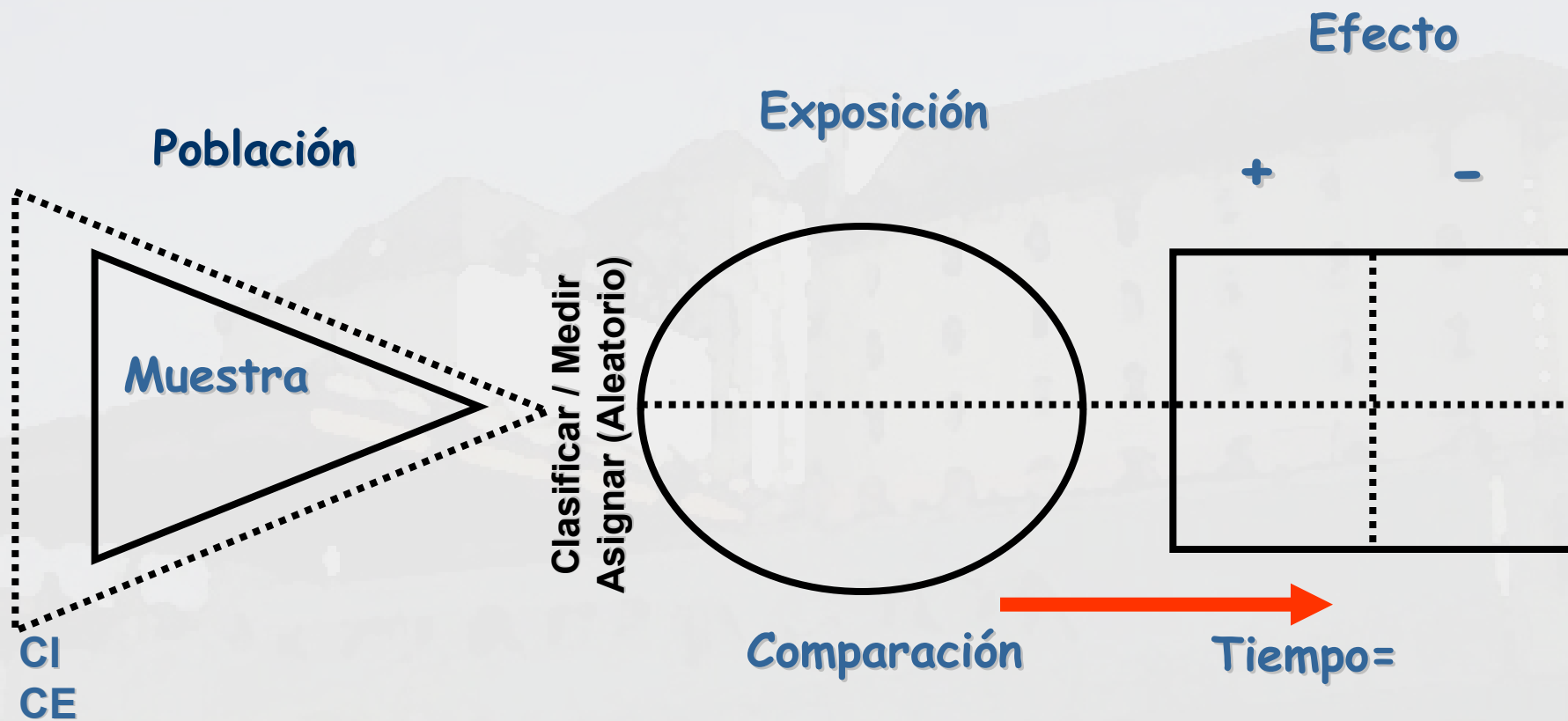
Resultados: la prevalencia de sobrepeso (9,3%) y obesidad (9,7%) en nuestro estudio es inferior, globalmente, a la obtenida en otros estudios de referencia nacionales: enKid (12,4/13,9%), Aladino (26,2/18,3%), etc., aunque no es fácil establecer comparaciones puesto que los criterios empleados para definir sobrepeso y obesidad no son los mismos, no usan las mismas tablas como referencia ni el mismo punto de corte.

Conclusiones: la prevalencia de sobrepeso y obesidad varía según sea el estudio de referencia utilizado alejándose, en nuestro caso, de la cifra "oficial" esperada. Es necesario consensuar y unificar criterios (Organización Mundial de la Salud [OMS], International Obesity TaskForce [IOTF], Orbegozo, etc.) para establecer el diagnóstico de sobrepeso u obesidad a partir del IMC.

Título alternativo



Evaluación de Resúmenes - 2



2.- Variabilidad del peso de los recién nacidos según el país de origen materno

Objetivo: establecer las diferencias de peso al nacer en recién nacidos a término de mujeres españolas, sudamericanas y magrebíes en el Hospital Universitario Rafael Méndez, en Lorca (Murcia), España.

Material y métodos: el estudio incluye a recién nacidos de gestación única y controlada a término, en madres sanas, sin hábitos tóxicos y origen español, magrebí o sudamericano, con una muestra de 240 mujeres, 80 en cada grupo. Se excluyen los recién nacidos pretérmino, gestación múltiple, muerto anteparto o al nacer, y nacidos de gestación de alto riesgo. Los resultados se presentan mediante gráficos y tablas de frecuencia, con los valores de la media y la desviación típica para cada grupo participante, y el análisis de las diferencias mediante Anova.

Título informativo

Antecedentes

Pregunta Invest.

Diseño

Criterios Inclusión

Variables de exposición y efecto

Medida Principal Efecto

2.- Variabilidad del peso de los recién nacidos según el país de origen materno

Resultados: peso medio al nacer según el origen de la madre: de Bolivia y Ecuador fue de 3481 g, de Marruecos de 3505 g, mientras que de España fue de 3331 g, siendo inferior a los otros orígenes ($p = 0,0474$).

Conclusiones: el peso de recién nacidos de madres españolas es inferior a otros orígenes.

Muestra de estudio (n)

Medida principal de efecto (IC, p)

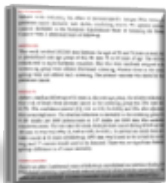
Medidas frecuencia, riesgo, impacto

Respuesta Pregunta Invest.

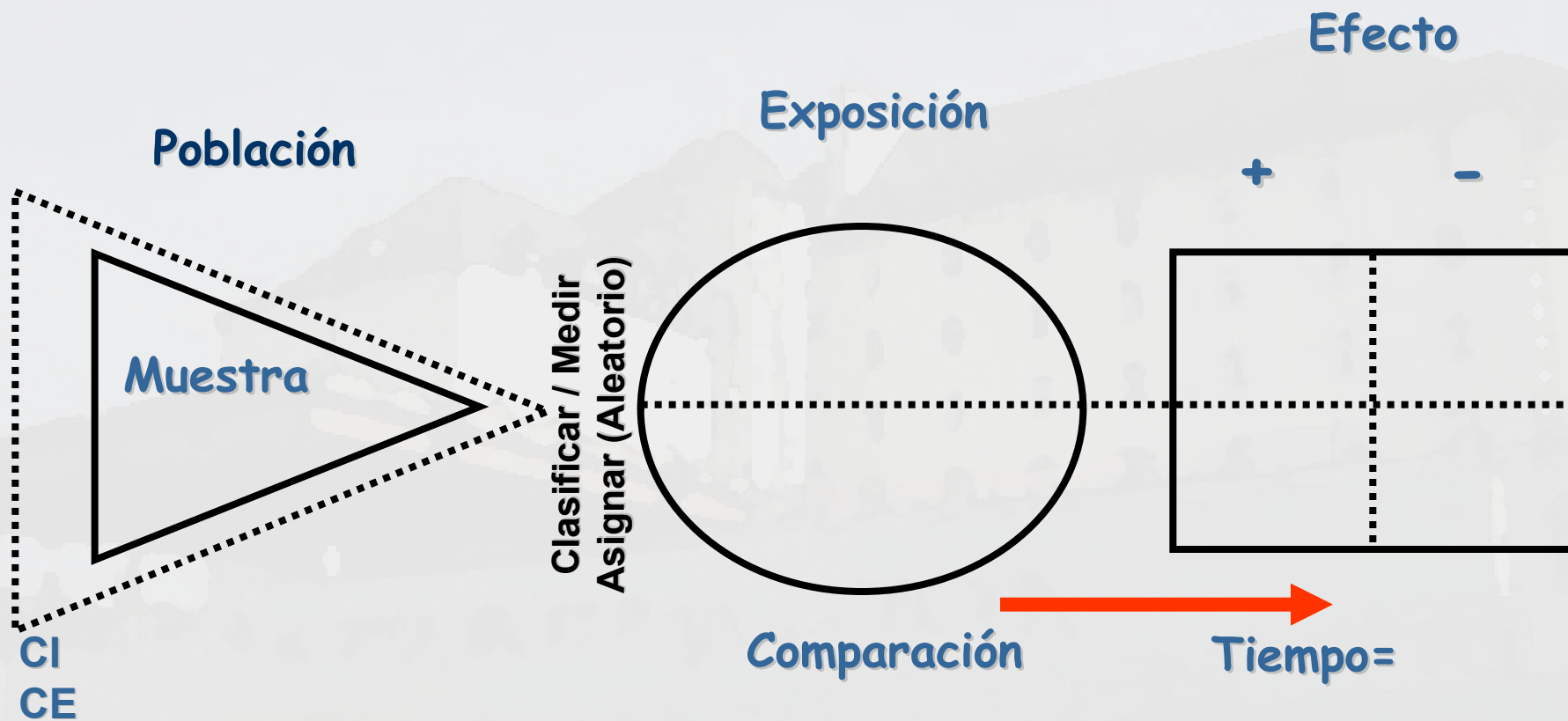
Limitaciones

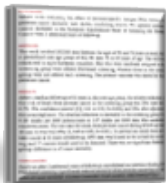
Implicaciones fundadas

Título alternativo

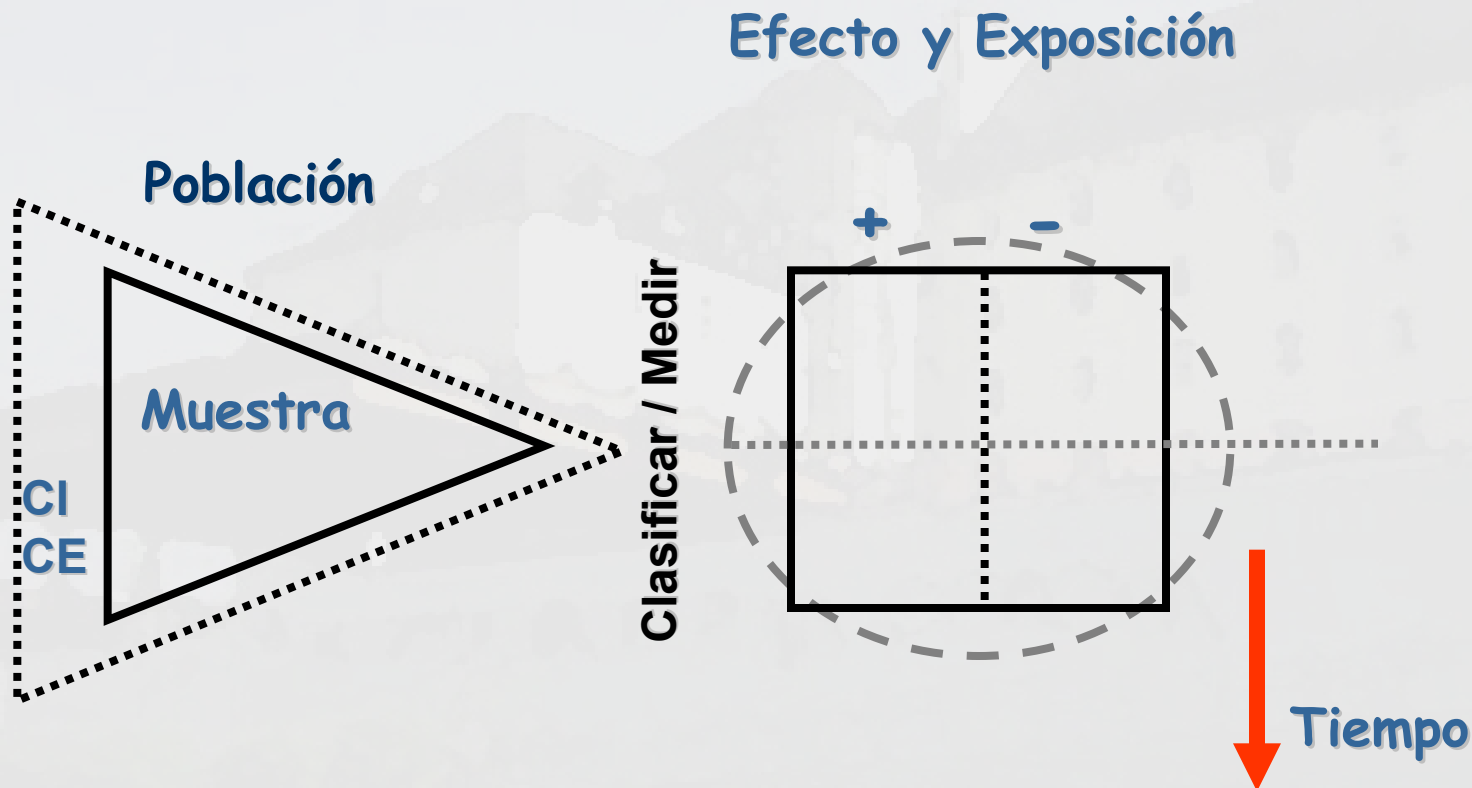


Evaluación de Resúmenes - 3





Evaluación de Resúmenes - 3



3.- Factores socioeducativos asociados a la agudeza visual baja en escolares de Perú

Introducción: para que los estudiantes puedan adquirir el conocimiento adecuadamente, deben tener una correcta salud física y mental. Se realizó un estudio para determinar los factores socioeducativos asociados a la agudeza visual baja en escolares de educación primaria del Colegio Nacional de San Pedro (Piura, Perú).

Material y métodos: mediante un estudio transversal analítico que incluyó a estudiantes de Educación Primaria. La variable principal fue la agudeza visual baja, considerando así a los que tenían valores mayores a 20/25 según la evaluación con la cartilla de Snellen. Se obtuvieron los valores p, las razones de prevalencia y sus intervalos de confianza al 95% mediante los modelos lineales generalizados.

Título informativo

Antecedentes

Pregunta Invest.

Diseño

Criterios Inclusión

Variables de exposición y efecto

Medida Principal Efecto

3.- Factores socioeducativos asociados a la agudeza visual baja en escolares de Perú

Resultados: en total se evaluaron 599 estudiantes, el 17% (99) mostraron agudeza visual baja. El sexo no estaba relacionado con la agudeza visual baja ($p=0,832$). Al aumentar la edad se observó que los niños que tuvieron entre 8-10 y 11-15 años tuvieron un 46% ($p=0,005$) y un 68% ($p<0,001$) menos de prevalencia de agudeza visual baja, respectivamente, en comparación con los de 5-7 años. Conforme fue aumentando el grado académico hubo menos prevalencia de agudeza visual baja.

Conclusiones: se concluye que uno de cada seis estudiantes tuvo una discapacidad visual y se asoció a su edad y grado académico. Esto los hace más propensos a problemas en sus calificaciones, que puede repercutir para el resto de su vida. Esto debe ser tomado en cuenta por las instituciones que vigilen la correcta educación de los menores.

Muestra de estudio (n)

Medida principal de efecto (IC, p)

Medidas frecuencia, riesgo, impacto

Respuesta Pregunta Invest.

Limitaciones

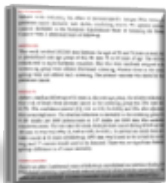
Implicaciones fundadas

3.- Factores socioeducativos asociados a la agudeza visual baja en escolares de Perú

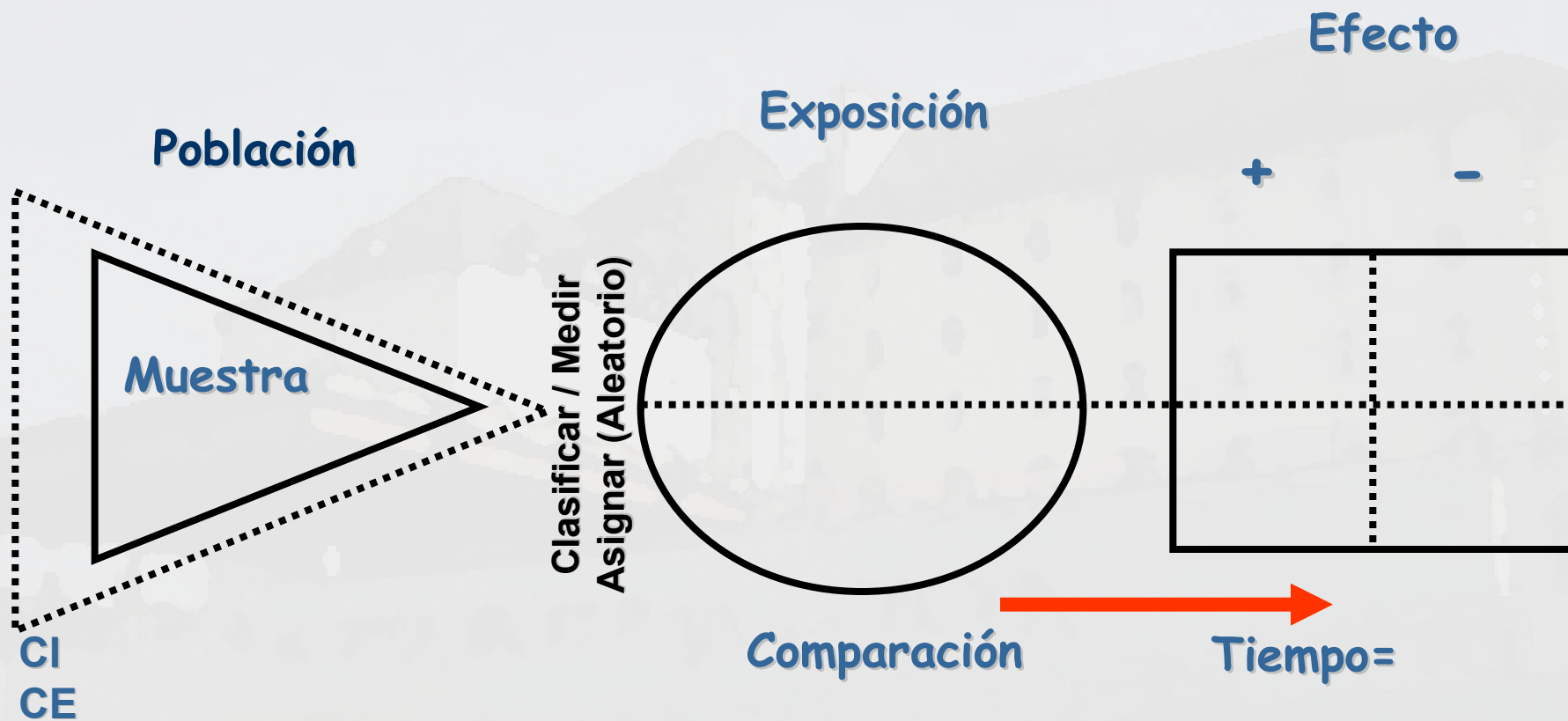
Resultados: en total se evaluaron 599 estudiantes, el 17% (99) mostraron agudeza visual baja. El sexo no estaba relacionado con la agudeza visual baja ($p=0,832$). Al aumentar la edad se observó que los niños que tuvieron entre 8-10 y 11-15 años tuvieron un 46% ($p=0,005$) y un 68% ($p<0,001$) menos de prevalencia de agudeza visual baja, respectivamente, en comparación con los de 5-7 años. Conforme fue aumentando el grado académico hubo menos prevalencia de agudeza visual baja.

Conclusiones: se concluye que uno de cada seis estudiantes tuvo una discapacidad visual y se asoció a su edad y grado académico. Esto los hace más propensos a problemas en sus calificaciones, que puede repercutir para el resto de su vida. Esto debe ser tomado en cuenta por las instituciones que vigilen la correcta educación de los menores.

Título alternativo



Evaluación de Resúmenes - 4



4.- Recogida de orina en el lactante febril para el diagnóstico de la infección urinaria en Urgencias

Introducción: la infección del tracto urinario (ITU) es una enfermedad frecuente en niños. Resulta fundamental una adecuada recogida de orina para evitar falsos positivos, minimizando procedimientos invasivos. La recogida de orina al aseo es una técnica incruenta, con baja tasa de contaminación, por lo que se estableció como método de elección al actualizar nuestro protocolo clínico.

Material y métodos: estudio prospectivo longitudinal descriptivo y analítico, realizado en el Servicio de Urgencias de un hospital terciario, en dos periodos, antes y después de la actualización del protocolo. Se analizaron: edad, sexo, tiempo en Urgencias, método de recogida, sedimento y cultivo de orina y diagnóstico, en pacientes febriles menores de tres años.

Título informativo

Antecedentes

Pregunta Invest.

Diseño

Criterios Inclusión

Variables de exposición y efecto

Medida Principal Efecto

4.- Recogida de orina en el lactante febril para el diagnóstico de la infección urinaria en Urgencias

Resultados: hubo 140 pacientes en 2012 y 180 en 2011, sin diferencias en distribución por sexo y edad. Las medias etarias fueron 12 y 14 meses respectivamente. El 35,7% se recogieron por acecho en 2012, frente al 7,8% de 2011 ($p < 0,001$). En 2011 fueron necesarias más confirmaciones: 20,5% frente a 10,7% en 2012. No hubo diferencias significativas en el número de sospechas de ITU ni en el de muestras contaminadas en ambos años. Tampoco entre las muestras recogidas por acecho o sondaje en 2012. El tiempo medio de estancia en Urgencias en 2011 fue 221 minutos, siendo 190 en 2012 ($p < 0,05$).

Conclusiones: la recogida de orina mediante el acecho constituye un método sencillo y no invasivo, que generalmente no precisa confirmación, por lo que reduce el tiempo de espera en el Servicio de Urgencias. No se ha objetivado un aumento de falsos diagnósticos de ITU en pacientes con muestra recogida por acecho.

Muestra de estudio (n)

Respuesta Pregunta Invest.

Medida principal de efecto (IC, p)

Limitaciones

Medidas frecuencia, riesgo, impacto

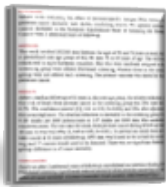
Implicaciones fundadas

4.- Recogida de orina en el lactante febril para el diagnóstico de la infección urinaria en Urgencias

Resultados: hubo 140 pacientes en 2012 y 180 en 2011, sin diferencias en distribución por sexo y edad. Las medias etarias fueron 12 y 14 meses respectivamente. El 35,7% se recogieron por acecho en 2012, frente al 7,8% de 2011 ($p<0,001$). En 2011 fueron necesarias más confirmaciones: 20,5% frente a 10,7% en 2012. No hubo diferencias significativas en el número de sospechas de ITU ni en el de muestras contaminadas en ambos años. Tampoco entre las muestras recogidas por acecho o sondaje en 2012. El tiempo medio de estancia en Urgencias en 2011 fue 221 minutos, siendo 190 en 2012 ($p<0,05$).

Conclusiones: la recogida de orina mediante el acecho constituye un método sencillo y no invasivo, que generalmente no precisa confirmación, por lo que reduce el tiempo de espera en el Servicio de Urgencias. No se ha objetivado un aumento de falsos diagnósticos de ITU en pacientes con muestra recogida por acecho.

Título alternativo



Resúmenes - Contenido

- **Introducción** ¿Qué se sabe?
 ¿Por qué se hace el estudio?
- **Métodos** ¿Qué se ha hecho y cómo?
- **Resultados** ¿Qué se ha encontrado?
- **Conclusiones** ¿Qué implicaciones tiene?
 ¿Qué hay de nuevo?