

# Presentación y publicación de resultados de investigación clínica en salud perinatal y reproductiva

Alberto Ruano Raviña

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública

Universidad de Santiago de Compostela

**XIII XORNADAS DE SAÚDE PERINATAL E REPRODUTIVA**



# Presentación y publicación de resultados de investigación clínica en salud perinatal y reproductiva

---

- La comunicación de resultados de investigación. La necesidad de un buen proyecto.
- Estilo del lenguaje científico
- **Estructura de la comunicación de resultados. IMRD.**
- Comunicación a un congreso vs artículo científico
- La publicación científica. Revistas y revisión por pares.



# Objetivos de aprendizaje

---

- 1.- Conocer las características del estilo científico
- 2.- Conocer el formato de comunicación estándar de resultados de investigación, aplicable a comunicaciones a congresos (no a su presentación) y a la redacción de artículos científicos
- 3.- Conocer los detalles que deben incluir cada uno de los apartados (IMRD) de una comunicación/artículo científico.
- 4.- Adquirir información para conseguir la publicación de resultados científicos de forma efectiva.
- 5.- Adquirir conocimientos sobre el proceso de comunicación con las revistas científicas

# La comunicación de resultados de investigación. La necesidad de un buen proyecto.

---

- Antes de publicar es necesario diseñar un proyecto de investigación que responda a una incertidumbre científica.
  - El proyecto también puede ser una revisión de la literatura

Journal of  
**Midwifery**  
& Women's Health



Using the Technology Acceptance Model to Develop *StartSmart*: mHealth for  
Screening, Brief Intervention, and Referral for Risk and Protective Factors in  
Pregnancy

Bonnie Gance-Cleveland PhD, RN, Jenn Leiferman PhD, Heather Aldrich PhD,  
Priscilla Nodine CNM, PhD, Jessica Anderson CNM, DNP, Amy Nacht CNM, DNP,  
Julia Martin CNM, MPH, Suzanne Carrington CNM, DNP, Mustafa Ozkaynak PhD

Pages: 630-640 | First Published: 26 July 2019

[Abstract](#) | [Full text](#) | [PDF](#) | [References](#) | [Request permissions](#)

Breastfeeding in Women on Opioid Maintenance Therapy: A  
Review of Policy and Practice

R. S. Clark PhD, MSN, RN, CNM, WHNP-BC ✉

Published: 11 July 2019 | <https://doi.org/10.1111/jmwh.12982>

- Sin proyecto o una buena base metodológica, **los resultados no serán publicables**

# La comunicación de resultados de investigación.

## La necesidad de un buen proyecto.

---

- Las ventajas de tener un buen proyecto diseñado son múltiples:

- Existe una introducción estructurada que se apoya en una revisión bibliográfica previa

- Se especifica una metodología (cómo se hizo la investigación)

- Se justifica un tamaño muestral

**PROYECTO**

- Se han generado unos resultados

- Se discuten esos resultados

**ARTÍCULO**

“Corta-pegar” para el artículo.  
Actualizar bibliografía

Nueva redacción

# La comunicación de resultados de investigación. La necesidad de un buen proyecto.

---

- ¿Cuáles son las características de un proyecto atractivo?
- ¿Cómo debe ser la pregunta de investigación?

Novedosa → Hacer una búsqueda previa

Bien estructurada → Clara relación causa-efecto

Concreta (pocos objetivos pero muy claros) → Un objetivo principal y 2/3 secundarios

Fácil de entender y relevante para otras compañeras.

Que responda a una necesidad real.

¿Uso de opioides en madres que dan el pecho?

¿Diseño de una app para embarazos sin riesgo?

¿Pueden sustituir la consulta con la matrona?

## The Best Pregnancy Apps of 2019

[The Bump](#) | [What to Expect](#) | [Pregnancy Tracker](#) | [I'm Expecting](#) |  
[Pregnancy Assistant](#) | [Sprout](#) | [Baby Names](#) | [Full Term](#) | [Ovia](#) | [Baby2Body](#)  
[Glow Nurture](#)

**¿Contexto?**

Ya está el proyecto realizado y ya tenemos resultados.

¿Con qué estilo lo contamos?

¿Cómo lo escribimos? ¿Con alguna estructura?

# El estilo científico



# El estilo científico. Cómo no se debe escribir.

---

El estilo literario es muy poco valorado y sin embargo es la causa del 25% de todos los rechazos.

Ejemplos:

- *Simplemente no tengo tiempo para reescribir este artículo para los autores*
- *Devuelvo este manuscrito sin revisar debido a que tiene serios problemas con el idioma. Me piden muchas revisiones y debo concentrar mi limitado tiempo en revisar artículos que sea capaz de entender*
- *La escritura de los autores es atroz. Alguien se debería sentar con ellos y explicarles lo que es o no aceptable.*

La escritura del artículo será un proceso lento y reposado en el tiempo.

# Aspectos literarios de la comunicación científica: características

---

- No hace falta ser un genio literario
- Dominar los aspectos más esenciales del idioma (sentido común)
- Conocer para quién se escribe, ponerse en lugar del lector (empatía)
- Dedicar unas horas tranquilas del día
- Organizar bien las ideas. Hacer un esquema
- Dedicarle tiempo a la revisión
- Y...

- Precisión
- Claridad
- Brevedad



**Tener muy claro qué es lo que quiero contar**

## Aspectos literarios de la comunicación científica: características

---

### CLARIDAD: longitud de oraciones y párrafos

- Frases cortas (media de 20 palabras).
- Más largas, mas probabilidades de que el sujeto y el verbo se alejen...
- La frase larga puede tener tanta información que se olvide el mensaje importante.
- Alternar frases cortas y largas mejora y hace más agradable la lectura.
- El texto se lee y se entiende inmediatamente.
- Lenguaje sencillo, oraciones bien construidas y párrafos desarrollados según un orden lógico.

# Aspectos literarios de la comunicación científica: características

---

## CLARIDAD: párrafos

- Cada página dos o tres párrafos. Huir del apelotonamiento
- Promedio de 7 a 14 líneas
- Conveniente alternar párrafos más cortos (3-6 líneas) con párrafos largos (15-20 líneas)
- Dejar una línea y/o tabulador entre párrafos para diferenciarlos.

# Aspectos literarios artículo científico: características

## RESULTS

Characteristics of the study subjects used to calculate radon attributable mortality are shown in Table 1. The geometric mean of radon exposure was 66.4 Bq/ m<sup>3</sup> for controls (geometric means were calculated because radon follows a log-normal distribution); and 75.4 Bq/ m<sup>3</sup> for cases. The percentage of homes in the study area with concentrations above 148 Bq/ m<sup>3</sup> (action level in the USA) is 19.4% which ranks Galicia as a risk region in terms of residential exposure. There were many more smokers among cases than among controls, and the number of packets smoked over a lifetime was also greater in these.

Exposure prevalences to tobacco and radon are shown in Table 2. The prevalence of radon exposure is higher above the 37 Bq/ m<sup>3</sup> threshold and the opposite happens for the 148 Bq/ m<sup>3</sup> one. Something similar occurs with smoking exposure for both thresholds. Odds Ratios are slightly higher when tobacco and radon exposure are combined compared with ORs calculated only for smokers.

Table 3 shows the estimated attributable mortality in percentage terms and absolute numbers. In both scenarios, mortality attributed to causes other than smoking and radon ranged from 6.5% to 8%. Mortality exclusively attributable to smoking was 67% for those exposed to over 148 Bq/ m<sup>3</sup> whereas mortality exclusively attributable to radon was 4.5% and 3.3% for subjects exposed to over 37 Bq/ m<sup>3</sup> and 148 Bq/ m<sup>3</sup>, respectively. In the 148 Bq/ m<sup>3</sup> scenario it can be observed that radon exposure participates in 25% of all lung cancer deaths and that the 22% of all deaths can be attributed to the simultaneous exposure to

Tipo de letra

Interlineado

Espacios entre párrafos

No son casualidad

# Aspectos literarios de la comunicación científica: características

---

## BREVEDAD

- Incluir sólo la información pertinente para el artículo.
- Comunicar dicha información incluyendo el menor número de palabras.
- ¿Por qué?
  1. Texto innecesario desvía la atención del lector
  2. La publicación científica es costosa

Se realizó un muestreo de 485 pacientes que fueron seleccionados de mediante un proceso aleatorio simple.

Las mediciones con respecto a las características de peso y altura en cada uno de los pacientes estudiados nos permiten establecer, de manera general, que estas no presentaron grandes variaciones.

Los recién nacidos tuvieron un peso medio de 3,2 kg, 48 (48%) fueron varones y 52 (52%) fueron mujeres. 10 tuvieron una puntuación APGAR de 7, 29 de 8, 51 de 9 y el resto de 10. La hora del alumbramiento fue...

# Aspectos literarios de la comunicación científica: características

---

**El estilo científico deber ser además:**

## **Consistente**

Buena argumentación (introducción y discusión), basándose en resultados y no en opiniones

## **Coherente**

Flujo de ideas a través del artículo siguiendo un hilo conductor de la idea principal, con una secuencia lógica.

# Aspectos literarios de la comunicación científica: características

---

## Redacción literaria vs redacción científica

Literaria	Científica
<ul style="list-style-type: none"><li>•Expresar sentimientos</li><li>•Contar historias</li><li>•Expresar puntos de vista</li></ul>	Informar del resultado Comunicar eficazmente el resultado de la investigación
<ul style="list-style-type: none"><li>•Metáforas</li><li>•Eufemismos</li><li>•El suspense</li><li>•Vocabulario florido...</li></ul>	Descripción Narración Exposición Argumentación

Dependiendo del apartado del artículo...



# Aspectos literarios artículo científico: características

---

<b>Descripción</b>	Mostrar las características más relevantes, ordenándolas de la forma más conveniente.	Métodos (resultados)
<b>Narración</b>	Contar lo sucedido según una secuencia temporal. Numerosos verbos.	Métodos Resultados (Introducción)
<b>Exposición</b>	Presentación para hacer entender con claridad, concisión, precisión, propiedad y sencillez	Introducción (Discusión)
<b>Argumentación</b>	Defender con razones o argumentos la idea que se quiere probar.	Discusión (Introducción)

# En conclusión

- El estilo científico se caracteriza por:

- Claro
- Conciso
- Coherente
- No ambiguo
- No repetitivo
- Plano

Table 3. The Top 10 Reasons Why Manuscripts Are Not Published in RESPIRATORY CARE

10. Picking the wrong journal
9. Submitting a manuscript in a format that does not match what the Journal publishes
8. Not following the manuscript preparation instructions
7. Poor writing
6. Getting carried away in the discussion
5. Suboptimal reporting of the results
4. Inadequate description of the methods
3. Poor study design
2. Failure to revise and resubmit following peer review
1. Failure to write and submit a full manuscript after presenting the abstract

Si no se tiene una buena redacción es mejor encomendar la escritura del artículo a otro.

**¿Quién escribe el artículo?**

**¿Posición de las autoras?**

sexo. No se incluyeron pacie  
hábitos de los sujetos que po

Muestra todos los comentarios junto al  
documento.

per determinados  
o de la población.

También se aplicaron, además, y como es lógico otros requisitos para seleccionar a los sujetos, como que no tuviesen inconveniente en participar. Se realizaron un montón de determinaciones analíticas que se llevaron a cabo *in-vitro* en el laboratorio de nuestro hospital. Las muestras se tomaban temprano, esto es a las 8:30 de la mañana, estando en invierno todavía oscuro, y con los sujetos sin comer desde la noche anterior para no interferir con las medidas bioquímicas. Luego, el monitor del estudio y previo consentimiento informado (para cumplir los requisitos éticos) bajaba por el ascensor y se llevaba al laboratorio donde se procesaban las muestras gracias a la amabilidad del personal de laboratorio nuestro hospital. Allí se determina los Colesteroles totales, *cHDL*, *cLDL*, triglicéridos, glucosa y ácido úrico. El colesterol total y triglicéridos fueron medidos con un *autoanalizador* con método P-enzimático, y el *cHDL* con un método colorimétrico-enzimático el valor del *cLDL* fue estimado a partir de la fórmula de Friedewald cuando los triglicéridos eran inferiores a 300 *mg/dl*. Como variables se recogieron mediante él transcurso de la aplicación de un cuestionario mediante entrevista personal realizada por un entrevistador debidamente entrenado y acreditado por la comisión de investigación del nuestro hospital de tercer nivel. Las variables se midieron en los pacientes y/o en los familiares cuando el paciente planteaba problemas dudas incongruencias o errores en las respuestas facilitadas al

# Estructura de la comunicación de resultados. IMRD

Artículo original

# Tipos de lactancia materna y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. Estudio LACTEM

*Types of breastfeeding and reasons that influence to stop it before 6 months. LACTEM Study*

Rosa Cabedo<sup>1,3-5</sup>, Josep M. Manresa<sup>2-4,9</sup>, M. Victoria Cambredó<sup>1,6</sup>, Laura Montero<sup>1,3,4,7</sup>, Azahara Reyes<sup>1,3,4,6</sup>, Roser Gol<sup>1,3,8</sup>, Gemma Falguera<sup>1,3,10</sup>

<sup>1</sup>Matrona. <sup>2</sup>Biólogo, Enfermero. <sup>3</sup>Grupo de Investigación Emergente en Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (GRASSIR), preconsolidado por AGAUR. <sup>4</sup>Unitat de Suport a la Recerca Metropolitana Nord. IDIAP Jordi Gol. Cerdanyola del Vallès (Barcelona). <sup>5</sup>Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR). Institut Català de la Salut (ICS). Granollers (Barcelona). <sup>6</sup>ASSIR. ICS. Sabadell (Barcelona). <sup>7</sup>ASSIR. ICS. Santa Coloma de Gramanet (Barcelona). <sup>8</sup>ASSIR. ICS. Badalona (Barcelona). <sup>9</sup>Departament d'Infermeria. Universitat Autònoma de Barcelona. Cerdanyola del Vallès (Barcelona). <sup>10</sup>Directora de ASSIR Metropolitana Nord. ICS. Barcelona

# Estructura del artículo/comunicación

---

Introducción	¿Por qué se hizo?	
Métodos	¿Cómo se hizo?	
Resultados	¿Qué se obtuvo?	
Discusión	¿Qué significado tienen los resultados obtenidos? ¿Cómo los podemos interpretar?	La comunicación no lleva estos apartados
Referencias	Material bibliográfico en el que nos apoyamos al hacer afirmaciones	
Resumen	Explicar en 250 palabras que es lo que hicimos	
Título	Resumir en un par de líneas nuestro trabajo	

# Estructura (para tamaño 12, espaciado 1,5)

---

Introducción	¿Por qué se hizo?	1 página
Métodos	¿Cómo se hizo?	1-2 páginas
Resultados	¿Qué se obtuvo?	1-2 páginas
Discusión	¿Qué significado tienen los resultados obtenidos? ¿Cómo los podemos interpretar?	3-4 páginas
Referencias	Material bibliográfico en el que nos apoyamos al hacer afirmaciones	Hasta 50

Unas 2.500-3.000 palabras

Artículo original

Título

## Tipos de lactancia materna y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. Estudio LACTEM

*Types of breastfeeding and reasons that influence to stop it before 6 months. LACTEM Study*

Autores

Rosa Cabedo<sup>1,3-5</sup>, Josep M. Manresa<sup>2-4,9</sup>, M. Victoria Cambredó<sup>1,6</sup>, Laura Montero<sup>1,3,4,7</sup>, Azahara Reyes<sup>1,3,4,6</sup>, Roser Gol<sup>1,3,8</sup>, Gemma Falguera<sup>1,3,10</sup>

Filiación de los Autores

<sup>1</sup>Matrona. <sup>2</sup>Biólogo, Enfermero. <sup>3</sup>Grupo de Investigación Emergente en Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (GRASSIR), preconsolidado por AGAUR. <sup>4</sup>Unitat de Suport a la Recerca Metropolitana Nord. IDIAP Jordi Gol. Cerdanyola del Vallès (Barcelona). <sup>5</sup>Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR). Institut Català de la Salut (ICS). Granollers (Barcelona). <sup>6</sup>ASSIR. ICS. Sabadell (Barcelona). <sup>7</sup>ASSIR. ICS. Santa Coloma de Gramanet (Barcelona). <sup>8</sup>ASSIR. ICS. Badalona (Barcelona). <sup>9</sup>Departament d'Infermeria. Universitat Autònoma de Barcelona. Cerdanyola del Vallès (Barcelona). <sup>10</sup>Directora de ASSIR Metropolitana Nord. ICS. Barcelona



# La primera página

Título

*Attributable mortality to radon exposure in Galicia, Spain. Is it necessary to act in the face of this health problem?*

Autores

**Authors:** Pérez-Ríos M,<sup>1,2,3</sup> Ruano-Ravina A,<sup>1,3,4</sup> Montes-Martínez A,<sup>1,3</sup> Barros-Dios JM.<sup>1,3,4</sup>

Filiación de los Autores

**Authors' Affiliations**

- (1) Department of Preventive Medicine and Public Health. University of Santiago de Compostela. Spain.
- (2) Epidemiology Section. Department of Public Health. Galician Regional Authority.
- (3) CIBER de Epidemiología y Salud Pública. CIBERESP, Spain.
- (4) Galician Agency for Health Technology Assessment. Galician Department of Health.
- (5) Preventive Medicine Unit. Santiago de Compostela Clinic University Hospital. Spain.

Correspondencia:

Dirección  
E-mail  
Fax  
Teléfono

**Address**

Prof A Ruano-Ravina.  
Department of Preventive Medicine and Public Health.  
School of Medicine. C/ San Francisco s/n  
University of Santiago de Compostela.  
15782. Santiago de Compostela. Spain.  
Tel: +34-981-581237. Fax: +34-981-572282  
E-mail: [mrabert@usc.es](mailto:mrabert@usc.es)

Título corto

Running title: attributable mortality due to radon exposure.

ARR and JMBD are members of the WHO International Radon Project expert panel

Nº de palabras

Abstract (words)	198
Text (words)	2617

Financiación

**El título: primer contacto del  
lector con nuestro trabajo**

# La primera página: Título

- Es el primer contacto del posible “consumidor” con nuestro producto
- Llama la atención sobre nuestro trabajo y arrastra a la lectura
- Describe correctamente de que trata nuestro trabajo
- Debe ser conciso e informativo

Es el primer dato que aparece en las base de datos



Pedir o no pedir el artículo

The screenshot shows the PubMed search results for the query "Epidemiology". The search bar contains "Epidemiology" and the results are displayed in a list format. The first result is titled "The Epidemiology of HIV Among Mexican Migrants and Recent Immigrants in California and Mexico" with PMID 15722863. The second result is titled "Molecular Epidemiology of Adenovirus Infection among Pediatric Population with Diarrhea in Asia" with PMID 15722597. The third result is titled "Epidemiology of Typhoid Carriers among Blood Donors and Patients with Biliary, Gastrointestinal and Other Related Diseases" with PMID 15722595.

Tipos de lactancia materna y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. Estudio LACTEM

# La primera página: Título. A veces no es fácil ponerlo...

---

## REGLAS GENERALES

- Poner al principio las palabras más significativas y que tengan más “gancho” para el posible lector
- Información para **describir** el contenido del artículo y que maximice la sensibilidad y la especificidad en la **recuperación del trabajo** a través de una **búsqueda electrónica**.
- Poner las palabras claves sobre nuestra investigación:
  - ✓ La exposición/intervención.
  - ✓ El efecto/variable resultado.
  - ✓ El diseño utilizado (a veces).
  - ✓ Localización geográfica del estudio (a veces).
- Se puede utilizar un subtítulo, que no debe ser muy largo

Tipos de lactancia materna y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. Estudio LACTEM

# La primera página: Título

---

- ¿Se deben anticipar los resultados?
- ¿Queremos que el lector lo lea?
- ¿Ponemos un resultado llamativo que no fue el objetivo de nuestro estudio?
- Depende de las disciplinas...

A Population-Based Case-Control Study on Fruit and Vegetable Intake and Lung Cancer: A Paradox Effect?

El bueno (matrona), el feo (instrumentos) y el malo (incorporación al trabajo) en la adherencia a la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses.

¿Qué influye en el abandono de la lactancia materna? Resultados del estudio LACTEM

# La primera página: Título

---

## EVITAR:

- Frases o expresiones superfluas:
  - ✓ “Un estudio epidemiológico sobre...”
  - ✓ “Consideraciones acerca...”
  - ✓ “Aspectos de...”
  - ✓ “Comentarios sobre...”
  - ✓ “Investigaciones de...”
  - ✓ “Estudios preliminares sobre...”
  - ✓ “Notas sobre...”
  - ✓ “Observaciones sobre...”
- Abreviaturas.

- La laminectomía como tratamiento de la hernia distal lumbar.
- Los betabloqueantes no liposolubles y su efecto sobre la tensión arterial. Un estudio aleatorizado a doble ciego sobre el bisoprolol en 64 pacientes mayores de 65 años institucionalizados de la provincia de la Coruña
- Efecto de Antibióticos sobre Bacterias.
- Estudio epidemiológico sobre la frecuencia de anisakiosis en el Caribe
- Estudio observacional transversal sobre el efecto del tabaco sobre la impotencia masculina.

**La introducción:**

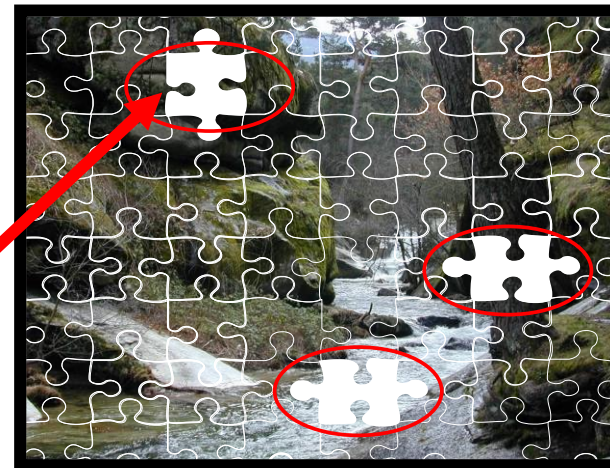
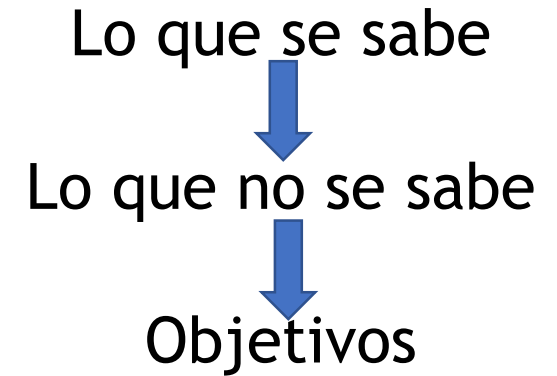
**¿Por qué se hizo nuestro estudio?**

# La INTRODUCCIÓN. ¿Porqué se hizo?

---

## DESCRIBE:

- La importancia
  - ✓ Suele ser obvia para el autor pero igual no para el lector.
  - ✓ Describir la relevancia sanitaria
  - ✓ No está de más explicarla y su posible aplicación practica
- El conocimiento actual
  - ✓ Describir brevemente que es lo que se conoce sobre el tema
  - ✓ Resaltar que es lo que se desconoce
- Objetivo





# La introducción

---

- **NO es una revisión exhaustiva** de la literatura (en las tesis sí)
- Debe tener menos de la mitad de las **referencias** del artículo.
- **No utilizar frases demasiado vagas y genéricas**
- **No insistir demasiado en la importancia del tema:** una o dos frases apoyadas en dos o tres referencias suele ser suficiente...
- **No apoyarse** en demasiados datos fechas **números:** tiene que dejarse leer sin dificultad

# La introducción. La teoría del embudo

La importancia del Problema. Lo que se sabe

Ausencia de datos

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Española de Pediatría (AEP) y el Ministerio de Sanidad apoyan y promueven la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses, y a partir de ese momento la lactancia materna complementaria (LMC), con introducción oportuna y gradual de otros alimentos hasta los 2 años de edad<sup>1-3</sup>. Su duración la deciden el hijo y la madre<sup>1</sup>. Entre estos objetivos de nutrición de la OMS para 2025, se propone incrementar hasta, al menos, un 50% la tasa de LME durante los 6 primeros meses<sup>4</sup>.

Según los datos de un informe de la UNICEF publicado en 2009<sup>5</sup>, la situación en los países industrializados es preocupante, muy por debajo de las recomendaciones de la OMS. A nivel mundial, se calcula que un 36% de los niños se alimentan con LME hasta los 6 meses<sup>6</sup>. En Europa, los datos de prevalencia a los 6 meses de edad son de un 16% de LME y de un 41% de lactancia mixta. En dicho informe no se recoge ningún dato de lactancia materna (LM) en España.

El Comité de Lactancia de la AEP, con los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2012, calcula una duración media de la lactancia hasta los 6 meses del 46,9% y de LME del 28,5%<sup>7</sup>. Los informes preliminares de la Encuesta Nacional de Salud de 2017 indican que actualmente el porcentaje de LME a los 6 meses ha aumentado hasta el 39%<sup>8</sup>.

El Informe de Indicadores de Salud Perinatal de la Generalitat de Catalunya de 2015<sup>9</sup> muestra que la distribución del tipo de alimentación al nacer en esta comunidad es del 86,5% para la LM sin especificar los tipos de lactancia.

En 2010 se realizó una encuesta transversal telefónica sobre la LM y tabaquismo en mujeres embarazadas por parte de la Direcció General de la Salut Pública de la Generalitat de Catalunya<sup>10</sup>. Se comprobó un aumento de todas las prevalencias en LM, con un 81,8% al inicio de la lactancia (66,8% de LME) y un 45,9% a los 6 meses. En los últimos 10 años se comprueba un incremento relativo de la LM del 0,9% al inicio y un 114,5% a los 6 meses.

Los beneficios de la lactancia han sido sobradamente demostrados, y los riesgos de no lactar también<sup>11</sup>: aumento de infecciones intestinales, atopia infantil, riesgo de mala oclusión, diabetes y obesidad en la edad adulta, riesgo de muerte súbita, etc.

En los comités de expertos de la OMS y UNICEF se consensó una metodología uniforme para la investigación de la LM, así como indicadores fáciles de medir, válidos y fidedignos para evaluar las prácticas de la lactancia y poder comparar diferentes poblaciones<sup>12</sup>. Apenas existen estudios en nuestro entorno que utilicen estas de-

finiciones que permitan establecer una comparación con otras poblaciones<sup>13</sup>.

Tan en las causas más concretas como en las consecuencias, la hipogalactia es una causa repetidamente referenciada, pero clínicamente sólo en el 5% de los casos se puede hablar de hipogalactia real<sup>17</sup>. Otras causas son la escasa ganancia de peso o los problemas al inicio de la lactancia. Se le atribuye un abandono más tardío a la incorporación a la vida laboral<sup>16</sup>. También se registran el uso de chupete, la lactancia artificial en forma de suplementación o las pezoneras como elementos que dificultan la LME<sup>14,17</sup>.

Necesitamos conocer la situación de la LM en nuestro entorno utilizando indicadores estandarizados para establecer un punto de partida, evaluar el resultado de nuestras intervenciones y establecer comparaciones con otras realidades. Identificar las dificultades y las causas de abandono de la LM en nuestra población nos proporcionará las herramientas para crear estrategias y programas que permitan modificarlas, y así poder aumentar la tasa de LME.

El objetivo de este estudio era efectuar un seguimiento durante 6 meses de una cohorte de binomios madre/hijo del Área Metropolitana Norte de Barcelona, para conocer los datos de lactancia hasta los 6 meses de vida del recién nacido (RN), recogiendo los tipos de lactancia tal como recomienda la OMS, los motivos que dificultan la LME y las causas de abandono. También se investiga la intención de la madre de iniciar la lactancia y de la duración de ésta.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y multicéntrico de una cohorte de binomios madre-hijo desde la semana 35 de gestación hasta los 6 meses de vida.

Se invitó a participar a las embarazadas que en la semana 35 de gestación acudieron a los centros de salud para su control con la matrona desde junio de 2015 hasta febrero de 2016. Participaron 7 centros de Atención a la Salud Sexual i Reproductiva (ASSIR) del Área Metropolitana Norte de Barcelona del Institut Català de la Salut (ICS). En esta zona, la atención pública supone el 82,1% del total de nacimientos, y en 2013 se atendió a 12.451 mujeres embarazadas.

Se consideraron criterios de exclusión la dificultad idiomática y la imposibilidad de seguimiento después del nacimiento (por muerte fetal, traslado, etc.).

Se calculó que era necesario reclutar a 550 mujeres embarazadas para estimar el porcentaje de LM mantenida hasta los 6 meses, con un intervalo de confianza

# Los métodos y los resultados

# Los métodos

---



¿Cómo le voy a llamar al apartado?

- Métodos
- Sujetos y métodos
- Material y métodos
- Pacientes y métodos
- Metodología

# Los métodos

---

## PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS

- **Le explica al lector cómo se hizo la investigación.**
- Ninguna información adicional después de la ejecución del diseño va en RESULTADOS
- Toda investigación científica debe poder **validarse**: proveer suficiente información para que los colegas puedan **repetir** el experimento.
- Solo poner los métodos que dieron lugar a resultados

# Los métodos

---

## EL GRADO DE DETALLE DEPENDE DE:

- Si son bien **conocidos**: mencionarlos sin más explicación (depende de la revista).
- Si está **descrito**: proveer la cita o brevemente.
- Si se **modifica** un método: dar la cita y explicar el cambio.
- Si el método es **nuevo**: describirlo en detalle y justificarlo.

# Los Métodos: APARTADOS

- Descripción del entorno →
- Diseño →
- Aspectos éticos
- Selección y descripción de los participantes
- Definición de la intervención
- Recogida de información y definición de variables
- Estudios de validación
- Análisis estadísticos

- Muy útil para describir al lector dónde se realizó el trabajo
- Sobre todo en estudios donde el entorno geográfico, social o sanitario puede ser muy importante

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y multicéntrico de una cohorte de binomios madre-hijo desde la semana 35 de gestación hasta los 6 meses de vida.

Se invitó a participar a las embarazadas que en la semana 35 de gestación acudieron a los centros de salud para su control con la matrona desde junio de 2015 hasta febrero de 2016. Participaron 7 centros de Atención a la Salud Sexual i Reproductiva (ASSIR) del Área Metropolitana Norte de Barcelona del Institut Català de la Salut (ICS). En esta zona, la atención pública supone el 82,1% del total de nacimientos, y en 2013 se atendió a 12.451 mujeres embarazadas.

Se consideraron criterios de exclusión la dificultad idiomática y la imposibilidad de seguimiento después del nacimiento (por muerte fetal, traslado, etc.).

Entorno

# Los métodos: APARTADOS

- Descripción del entorno
- Diseño
- Aspectos éticos
- Selección y descripción de los participantes
- Definición de la intervención
- Recogida de información y definición de variables
- Estudios de validación
- Análisis estadísticos

- ¿Cómo se realizó el seguimiento?
- ¿Cómo se extrajeron las muestras biológicas?
- ¿Cómo se realizaron las determinaciones en el laboratorio? ¿Era ciego?
- ¿Qué método de recogida de datos se utilizó? ¿qué tipo de escalas se utilizaron? ¿Sobre que período se preguntaba?
- Definición y agrupación de variables para análisis estadístico. ¿Categorización? unidades de asignación?

## Recogida de datos y variables

Los datos sociodemográficos se obtuvieron a través de la historia clínica informatizada (ECAP) al final del periodo de los siguientes: edad, país de origen, trabajo remunerado, paridad, tipo de parto, edad gestacional en el momento del parto, peso al nacer del RN y hábito tabáquico.

Se confeccionó un cuestionario con las variables específicas sobre lactancia para que la matrona recogiera la información durante las visitas de 35 semanas de gestación, la de seguimiento del puerperio temprano (durante la primera semana de vida) y una llamada telefónica a los 6 meses del nacimiento por parte de una auxiliar de clínica, que recibió formación específica para poder implementar el estudio.

En la visita de las 35 semanas se preguntaba a la madre sobre su intención de iniciar la lactancia (sí/no). El cuestionario incluyó variables de titularidad del centro de parto (privada/pública), embarazo único o gemelar, y asistencia a educación sanitaria grupal (pre/posnatal) (sí/no). En la visita de puerperio temprano se preguntó por el tiempo de inicio de la lactancia, el tipo de lactancia, las dificultades de abandono. En la visita de puerperio tardío se volvía a recoger el tipo de lactancia, las dificultades y el motivo de abandono, si lo hubiera. A los 6 meses de nacimiento se recogieron los datos sobre el tipo de lactancia, las causas de abandono de los 3 y 6 meses y la intención de duración de la lactancia expresada en meses.

## Variable tipo de lactancia

- LME. El lactante recibe leche materna, incluida la extraída de la propia madre o nodriza (ama de cría). Admite medicación (vitaminas, minerales).
- LM predominante. Leche materna como fuente predominante de alimentación. Permite ciertos líquidos a base de agua o zumos de frutas, pero no permite leche de origen no humano ni alimentos licuados.
- LMC. Leche materna y alimentos sólidos o semisólidos. Incluye la leche no humana y preparados para lactante (lactancia artificial). Este tipo de alimentación anteriormente se denominaba «alimentación complementaria oportuna» porque hace referencia a los niños



# Los métodos: APARTADOS

- Descripción del entorno
- Diseño
- Aspectos éticos
- Selección y descripción de los participantes
- Definición de la intervención
- Recogida de información y definición de variables
- Estudios de validación
- Análisis estadísticos →

- “deben describirse con el nivel de detalle necesario para que un lector experto con acceso a los datos originales pudiera verificar los resultados del estudio”
- Describir qué técnicas estadísticas se utilizaron y el motivo.
- Variables que entraron en los modelos y el criterio utilizado.
- ¿Se valoraron las condiciones de aplicación de las pruebas?
- ¿Qué medida de efecto se utilizó?
- ¿Se utilizaron intervalos de confianza?

- que lactaban de los 6 a los 23 meses. Se presupone que antes de los 6 meses no hay alimentación diferente a la materna o artificial.
- LM parcial. Leche materna (incluida la extraída de la propia madre o nodriza). Permite cualquier otro preparado, alimento o líquido, incluida la leche de origen no humano y preparación para lactantes (leche artificial). Para ella, comúnmente se usa el término «lactancia mixta».
- Lactancia artificial. Preparados de origen de leche no humana para lactantes.

## *Variable dificultadores de la lactancia*

- Complementación de lactancia mixta con leche artificial.
- Dolor al lactar.
- Pezón invertido.
- Enfermedad del RN o de la madre.
- Uso de accesorios: chupetes, tetinas, pezoneras.
- Ningún dificultador.

## *Variable causas de abandono de la lactancia*

- Decisión de la madre.
- Hipogalactia: sensación subjetiva de la madre de tener poca leche.
- Sensación subjetiva de malestar del bebé por hambre: le parece que el llanto y el malestar del bebé son por falta de alimento.
- Incorporación a la vida laboral.
- Dolor y malestar de la madre al lactar.
- Otros.

## **Análisis estadístico**

Las variables cualitativas se resumen con su frecuencia absoluta y porcentaje; las continuas con su media y desviación estándar. En los contrastes entre proporciones se utilizó la prueba de la  $\chi^2$  de Pearson. El nivel de significación utilizado fue de  $p \leq 0,05$ . Los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 22.0.

## **Aspectos éticos**

El proyecto obtuvo la resolución favorable del Comité de Ética de Investigación del IDIAP Jordi Gol, el 29 de julio de 2015, con el código P15/011. Todas las participantes firmaron un consentimiento informado. El estudio se ha elaborado teniendo en cuenta los principios éticos de la Declaración de Helsinki.

# Los métodos

---

## En resumen:

- Definir la población a estudio (ámbito temporal y espacial). Si es para una revista extranjera valorar un mapa.
- Definir los “settings” en estudios de evaluación de servicios sanitarios
- Diseño del estudio, cómo se hicieron los grupos, que tipo de distribución al azar
- Definición de la intervención (si existe).
- Cómo se obtuvieron los datos de exposición y de efecto
- Análisis estadístico (y su justificación)

## Epígrafes más frecuentes:

- Diseño y asentamiento.
- Criterios de inclusión y exclusión. Valorar estimación de tamaño muestral
- Recogida de información y descripción de las variables.
- Preparación de los datos para el análisis.
- Análisis estadístico.

# Los resultados

# Resultados. ¿Qué se ha obtenido? ¿Qué hemos encontrado?

---

- Esta sección es el corazón del artículo científico.
- Las revistas tradicionales presentan los resultados mediante texto, tablas y figuras.
- El **texto** es la forma más rápida y eficiente de presentar pocos datos
- Las **tablas** son ideales para presentar datos precisos y repetitivos.
- Las **figuras** son ideales para presentar datos que exhiben tendencias o patrones importantes.

# Resultados

---

- Los datos deben presentarse una **sola vez**, pero se puede (y debe) resumir en el texto lo más llamativo de las figuras o gráficas.
- **No demasiados números** en el texto, ya que dificultan la lectura.
- La lectura debe ser **fluida y amena**.
- Se escribe en **tiempo pasado** (se encontró, se observó, etc.).
- También se pueden hacer **subapartados** si la sección es muy grande...
- **NO interpretar los resultados** ni comparar con otros estudios (no referencias bibliográficas).
- No poner sólo resultados numéricos derivados (p. ej. %). Poner también valores absolutos.

**DEBEMOS TENER CLARO QUÉ QUEREMOS CONTAR  
EVITAR EL ERROR DE QUERER CONTARLO TODO  
TODO RESULTADO DEBE SER DISCUTIDO**

# Resultados: tablas y figuras referenciadas

---

- La tabla 1 suele ser siempre la descripción de la muestra (primer párrafo).
- La tabla 2 puede corresponder a un análisis de la variable de exposición principal de modo más general (segundo párrafo).
- La tabla 3 puede incluir un análisis más detallado de esa variable principal. Las variables deberían de presentar riesgos crudos y ajustados (tercer párrafo).
- Tablas 4 y posteriores, análisis estratificados, interacciones...
- Figuras: usarlas para describir distribuciones de variables si tiene interés.

# Resultados: ¿qué se obtuvo?

---

1. NO interpretar ni valorar los resultados.
2. NO repetir en el texto lo que ponen las tablas o gráficas. Solo resaltar aquellas cosas más relevantes. Tarea compleja, no hacer el texto repetitivo.
3. Agrupar resultados de manera que la lectura sea fluida y amena.
4. Cuando los resultados de una tabla o gráfica se pueden resumir en una o dos frases, mejor el texto.
5. Para describir evoluciones o distribuciones de variables continuas, mejor las gráficas.
6. Para mostrar los resultados numéricos de modelos matemáticos complejos mejor tablas (o gráficos).

## RESULTADOS

Firmaron el consentimiento informado 585 mujeres. En la primera visita (puerperio temprano) se recogió

información de 578 mujeres y en 541 (92,5%) se realizó el seguimiento completo hasta los 6 meses (figura 1).

La media de edad de las participantes fue de 34 años, el 63,1% era de origen español, el 70% tenía estudios medios o superiores y el 24,1% no tenía trabajo remunerado (tabla 1). Un 10,8% fumaron durante el embarazo.

Durante el reclutamiento se les preguntó sobre su intención de iniciar la lactancia, obteniéndose una respuesta afirmativa en un 95,8% de los casos.

En la tabla 2 se muestran los resultados de la lactancia de las participantes a lo largo de los 6 meses, según los tipos definidos por la OMS/UNICEF. En la visita del alta, 544 (94,8%) madres lactaban a sus hijos, y a los 6 meses 336 (63,3%). La LME disminuyó desde el 75,3% al alta a un 64,6% en el puerperio tardío, hasta descender al 16,8% a los 6 meses del parto. Por el contrario, la LM aumentó desde el 12,5 hasta el 27,9%.

Dentro del contexto de las recomendaciones del cuidado con contacto piel con piel, 438 RN (85,4%) iniciaron la primera toma de lactancia dentro de la primera hora de vida, 60 (11,7%) entre la primera y la tercera hora, y 15 (2,9%) más de 4 horas después.

## Resultados

Primer párrafo:

Descripción de la muestra. Tabla 1.

Segundo párrafo:

Resultados principales. Tabla 2.

Tercer párrafo:

Análisis más complejos, por subgrupos.

Tabla 4 y sucesivas

Un total de 291 mujeres (55,3%) acudieron al programa de educación maternal antenatal y posnatal grupal.

Las principales dificultades en la lactancia han sido el uso de chupetes, tetinas y pezoneras por parte de las mujeres: 110 (20,2%) en el puerperio temprano y 106 (21,1%) en el tardío (tabla 3). La segunda dificultad en el puerperio temprano fue el dolor en 82 mujeres (15,1%), seguida de la lactancia artificial como complementación a la alimentación en un 13,4% (n= 73), que aumentaba al 17,3% (n= 76) a las 6 semanas de vida.

De las 206 madres que abandonaron la lactancia, 36 (17,5%) lo hicieron antes del mes, 57 (27,7%) a los 2 meses, 62 (30,1%) a los 4 meses y 51 (24,8%) antes de los 6 meses.

En la tabla 4 se muestran las causas de abandono de las madres en diferentes momentos de la lactancia: 72 (35%) manifestaron abandonar por la sensación de que el lactante pasaba hambre y 47 (22,8%) por sensación de hipogalactia.

Para analizar las causas fue importante desglosar los motivos de abandono según el momento del seguimiento, en el que se observaron ciertas diferencias. En el puerperio tardío la sensación de que el RN pasaba hambre fue la primera causa de abandono en 36 casos (38,7%) y por decisión de la madre en 34 (36,6%). Entre los 3 y los 4 meses, el abandono por sensación de hambre se produ-



# Las tablas

# LAS TABLAS

---

- Presentan información **resumida** de manera eficiente.
- Permiten **reducir** el tamaño del texto
- Las tablas (cuadros) son la alternativa ideal para presentar datos **repetitivos y con precisión**.
- **Son necesarias y contribuyen** significativamente al artículo
- Las tablas muy **pequeñas** son frecuentemente innecesarias.
- A veces las **tablas grandes** son innecesarias.

# LAS TABLAS: elementos

TABLE 2. Effect of Interventions on Evolution of Ratio of First-Choice NSAIDs in Primary Care **1**

Model <b>2</b>	Variables	Coefficient	P
Model 1: One-to-one and by-group vs control group	Monthly trend*	0.0022	<0.0001
	By group <sup>†</sup>	0.0195	0.1088
	One-to-one <sup>†</sup>	-0.0026	0.0084
	Intervention <sup>‡</sup>	0.0022	0.0026
	By-groups <sup>†</sup> × intervention <sup>‡</sup>	0.0090 <b>4</b>	0.0160
	One-to-one <sup>†</sup> × intervention <sup>‡</sup>	0.0245	0.0002
Model 2: Reminder vs no reminder group (in one-to-one intervention)	Monthly trend*	0.0014	0.0038
	With reminder <sup>†</sup>	-0.0402	0.0056
	Intervention <sup>‡</sup>	0.0017	0.0094
	With reminder <sup>†</sup> × intervention <sup>‡</sup>	0.0444	0.0147

**5** \*January 1997 = 1 through December 1998 = 24.

<sup>†</sup>Yes = 1; no = 0.

<sup>‡</sup>Intervention: months before intervention = 0, months after intervention = 1.

- 1. Número y título-** indica el número de la tabla y explica su contenido
- 2. Encabezamiento de las columnas-** describe el contenido de las columnas
- 3. Encabezamiento de las filas-** describe el contenido de las filas
- 4. Cuerpo-** contiene los datos del experimento
- 5. Notas-** explican parte del contenido
- 6. Líneas de definición-** separan las secciones de la tabla y mejoran su apariencia

# LAS TABLAS

- Cada una en una hoja
- Deben ir numeradas consecutivamente en el mismo orden del texto.
- Cada tabla debe llevar un título breve.
- Cada columna debe llevar un encabezado breve
- Las explicaciones y abreviaturas deben ir en notas a pie de tabla

**TABLE 2:** The influence of various attitudes and opinions <sup>1</sup> on the voluntary reporting of adverse drug events (ADEs). Odds Ratios (OR) and 95% confidential intervals (95%CI).

ATTITUDE OR OPINION	Category <sup>2</sup>	Crude analysis		Adjusted analysis <sup>3</sup>	
		OR	95%CI	OR	95%CI
Really serious adverse drug events are well documented by the time a drug is marketed	0.0-3.5	1.00		1.00	
	4.0-7.5	0.60	0.35 - 1.03	0.65	0.37 - 1.16
	8.0-10	0.49	0.28 - 0.86	0.47	0.26 - 0.84
It is nearly impossible to determine if a drug is responsible for a particular adverse event.	0.0-2.0	1.00		1.00	
	2.5-4.0	0.95	0.55 - 1.64	1.09	0.62 - 1.95
	4.5-10	0.49	0.28 - 0.86	0.54	0.30 - 0.97
I would only report an adverse drug reaction if I am sure that it is related to the use of a particular drug.	0.0-5.5	1.00		1.00	
	6.0-9.0	0.42	0.24 - 0.75	0.46	0.27 - 0.83
	9.5-10	0.30	0.17 - 0.53	0.32	0.18 - 0.58
The one case an individual physician might see cannot contribute to medical knowledge.	0.0 - 2.0	1.00		1.00	
	2.5 - 5.0	0.45	0.26 - 0.77	0.47	0.27 - 0.83
	5.5 - 10	0.31	0.17 - 0.55	0.32	0.17 - 0.58
When I read medical literature I am interested in articles about adverse drug reactions.	0.0 - 5.5	1.00		1.00	
	6.0 - 8.5	2.00	1.12 - 3.60	1.77	0.97 - 3.25
	9.0 - 10	1.74	0.99 - 3.07	1.67	0.93 - 3.02
I would be more likely to report ADEs if there were an easier method	0.0 - 2.0	1.00		1.00	
	2.5 - 7.0	0.54	0.32 - 0.94	0.51	0.29 - 0.90
	7.5 - 10	0.20	0.11 - 0.37	0.20	0.10 - 0.38
I should be financially reimbursed for providing the service of ADEs	0.0 - 1.0	1.00		1.00	
	1.5 - 2.0	1.13	0.59 - 2.17	1.03	0.52 - 2.05
	2.5 - 10	0.80	0.48 - 1.32	0.63	0.37 - 1.10
I have a professional obligation to report ADEs	0.0 - 8.0	1.00		1.00	
	8.5 - 9.0	1.34	0.76 - 2.36	1.46	0.80 - 2.65
	9.5 - 10	0.97	0.54 - 1.77	1.02	0.55 - 1.91
Reporting ADEs puts my career at risk.	0.0 - 0.5	1.00		1.00	
	1.0 - 1.0	0.89	0.50 - 1.59	0.90	0.49 - 1.63
	1.5 - 10	1.17	0.68 - 2.02	1.12	0.63 - 1.98
It is only necessary to report serious or important ADEs.	0.0 - 1.5	1.00		1.00	
	2.0 - 4.5	1.01	0.58 - 1.76	0.87	0.49 - 1.56
	5.0 - 10	0.81	0.47 - 1.39	0.76	0.44 - 1.34
It takes too much time to report ADEs.	0.0 - 1.0	1.00		1.00	
	1.5 - 4.5	1.19	0.69 - 2.05	1.30	0.74 - 2.31
	5.0 - 10	0.78	0.44 - 1.35	0.81	0.46 - 1.45
I do not know how the information reported in the yellow card is used.	0.0 - 3.0	1.00		1.00	
	3.5 - 8.0	0.30	0.17 - 0.53	0.31	0.17 - 0.55
	8.5 - 10	0.27	0.15 - 0.50	0.31	0.17 - 0.57

<sup>1</sup> Measured using a visual analog scale, horizontal and continuous. Recorded answers were read in a range from 0 (total disagreement) to 10 (total agreement), with a precision of 0.5

<sup>2</sup> Continuous variables categorized in terciles for all participants.

<sup>3</sup> OR adjusted for age, sex, specialty, number of de pacientes / day, and number of prescriptions /day.

# LAS TABLAS

---

- Las tablas deben ser **autoexplicativas**: que el lector no necesite leer el artículo para entenderla
- Las medidas de dispersión deben dejarse claras: Desviación estándar, varianza...
- Las tablas deben aparecer correctamente **referenciadas** en el texto
- Las tablas muy extensas pueden pasar a los anexos en la versión electrónica (en este caso se debe dejar claro en el texto impreso)

# LAS TABLAS

---

## Errores habituales

- No dejar espacios en blanco en el cuerpo de la tabla.
- No repetir las unidades de medida en el cuerpo de la tabla.
- No incluir columnas de datos que pueden calcularse fácilmente de columnas adyacentes.
- Si los porcentajes deben sumar cien, asegurarse de que alcancen ese valor. **Los revisores se van a fijar en esto.**
- Usar el mismo grado de precisión para todos los datos.

# LAS TABLAS

**TABLA 1. CASUÍSTICA DE FRACTURAS ABIERTAS DE TIBIA CON Y SIN PROTECCIÓN ANTIBIÓTICA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL...**

EDADES	GRADO SEGUN GUSTILO (1989)	CON ANTIB.	SIN ANTIB.
De 0 a 10 años	primero	0 pacs. (0%)	0 pacs. (0%)
De 10 a 20 años	tercero	5 pacs. (12%)	2 pacs. (4%)
De 20 a 30 años	segundo	8 pacs. (14%)	3 pacs. (9%)
ETC.			

# LAS TABLAS

**Tabla 1. Características sociodemográficas y obstétricas de las participantes**

<b>Edad (años)</b>	<b>34 (desviación estándar: 5)</b>
<b>Centro de parto:</b>	
• Público	504 (90,3%)
• Privado	50 (9%)
<b>Paridad:</b>	
• Primípara	141 (26,3%)
• Secundípara	275 (51,3%)
• Multípara (>2)	120 (22,4%)
Tabaquismo durante el embarazo	58 (10,8%)
<b>Parto:</b>	
• Eutócico	351 (66,9%)
• Instrumentado	73 (13,9%)
• Cesárea	101 (19,2%)
<b>Estudios:</b>	
• Sin estudios	3 (0,6%)
• Primarios	132 (26,1%)
• Secundarios	203 (40,2%)
• Universitarios	167 (33%)
<b>Trabajo:</b>	
• Sin trabajo remunerado	122 (24,1%)
• Manual no cualificado	133 (26,4%)
• Manual cualificado	227 (44,9%)
• Directivas/universitarias	23 (4,6%)
<b>Origen:</b>	
• España	238 (63,1%)
• Resto de la Unión Europea	25 (6,6%)
• África	53 (14,1%)
• Sur y Centroamérica	52 (13,8%)
• Asia	9 (2,4%)
Asistencia a educación grupal	291 (55,3%)

**Tabla 2. Prevalencia de los tipos de lactancia realizada por las participantes a lo largo de los 6 meses de seguimiento**

Tipo de lactancia	Alta hospitalaria (n= 568)	Puerperio tardío (n= 568)	3 meses (n= 541)	6 meses (n= 541)
Lactancia materna:	544 (94,8%)	502 (88,4)	424 (79,1%)	336 (63,3%)
• Exclusiva	432 (75,3%)	367 (64,6%)	342 (63,8%)	89 (16,8%)
• Predominante	40 (7%)	31 (5,5%)	9 (1,7%)	12 (2,3%)
• Materna parcial (mixta)	72 (12,5%)	104 (18,3%)	58 (10,8%)	148 (27,9%)
• Complementaria	0 (0%)	0 (0%)	15 (2,8%)	87 (16,4%)
Lactancia artificial	30 (5,2%)	66 (11,6%)	112 (20,9%)	195 (36,7%)

Clasificación de los tipos de lactancia según los criterios de recomendación de la OMS/UNICEF.

**Tabla 3. Dificultadores de la lactancia manifestados por las madres al alta y al cabo de 1 mes**

Dificultadores de la lactancia	Puerperio temprano (n= 544)	Puerperio tardío (n= 502)
Por accesorios (chupetes, tetinas, pezoneras)	110 (20,2%)	106 (21,1%)
Dolor	82 (15,1%)	34 (6,8%)
Por lactancia artificial	73 (13,4%)	76 (15,1%)
Pezón invertido	10 (1,8%)	3 (0,6%)
Enfermedad madre/hijo	9 (1,7%)	10 (2%)

**Tabla 4. Motivos de abandono de la lactancia materna de las participantes a lo largo del seguimiento**

Motivo de abandono	Seguimiento				p*
	<2 meses (n= 93)	3-4 meses (n= 62)	5-6 meses (n= 51)	Total (n= 206)	
Decisión de la madre	34 (36,6%)	9 (14,5%)	2 (3,9%)	45 (21,8%)	<0,001
Sensación de hipogalactia	25 (26,9%)	13 (21%)	9 (17,6%)	47 (22,8%)	0,19
Sensación de que el recién nacido tiene hambre	36 (38,7%)	26 (41,9%)	10 (19,6%)	72 (35%)	0,042
Incorporación a la vida laboral	0 (0%)	18 (29%)	24 (47,1%)	42 (20,4%)	<0,001
Dolor al lactar	19 (20,4%)	13 (21%)	6 (11,8%)	38 (18,4%)	0,246
Otros	16 (17,2%)	12 (19,4%)	13 (25,5%)	41 (19,9%)	0,25

\* $\chi^2$  de Pearson.



# Las figuras

# LAS FIGURAS

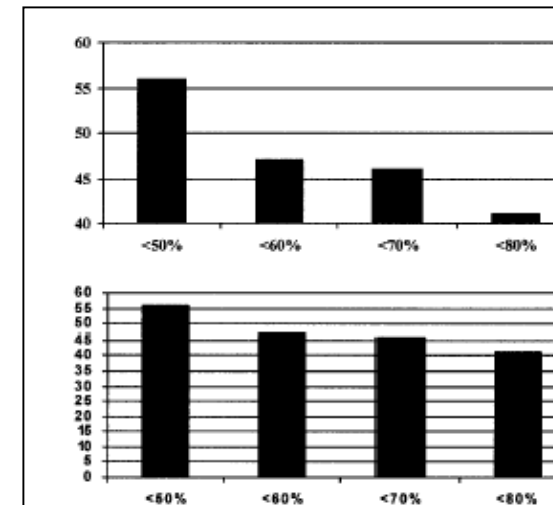
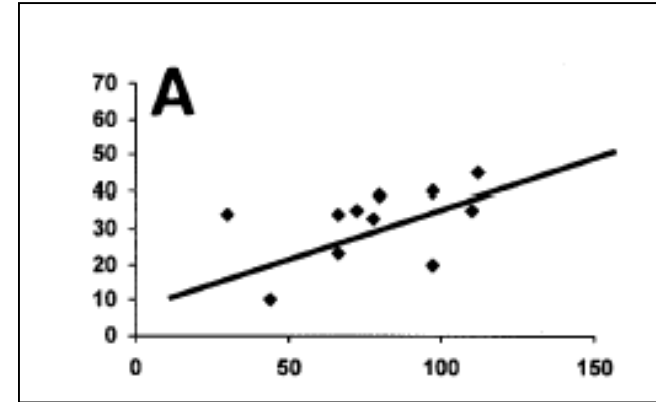
---

- Presentan información **resumida** de manera eficiente.
- Permiten **reducir** el tamaño del texto
- **En ocasiones son necesarias** y contribuyen significativamente al artículo
- ¿Se puede decir mediante una o dos frases?

# LAS FIGURAS

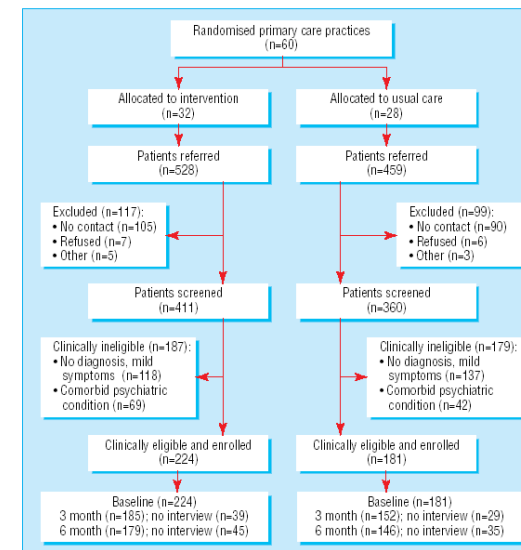
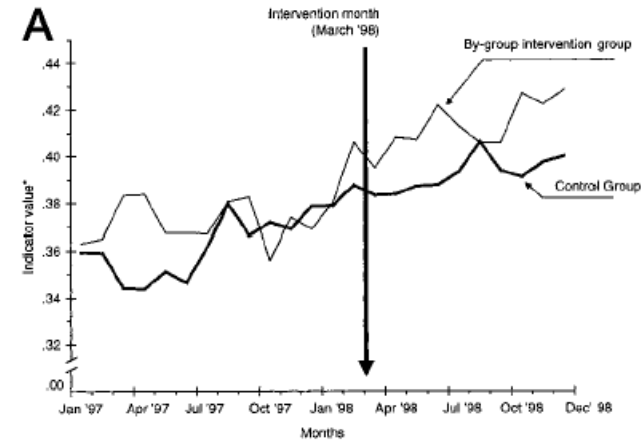
## Defectos comunes:

- Extender las líneas más allá del área con datos
- Trazar medias perfectas a través de un campo de puntos con mucha variación
- Omitir las barras de variación para que no se note que hay mucha variación
- Cambiar la escala de la abscisa o de la ordenada para empinar, acostar, estirar o acortar la gráfica



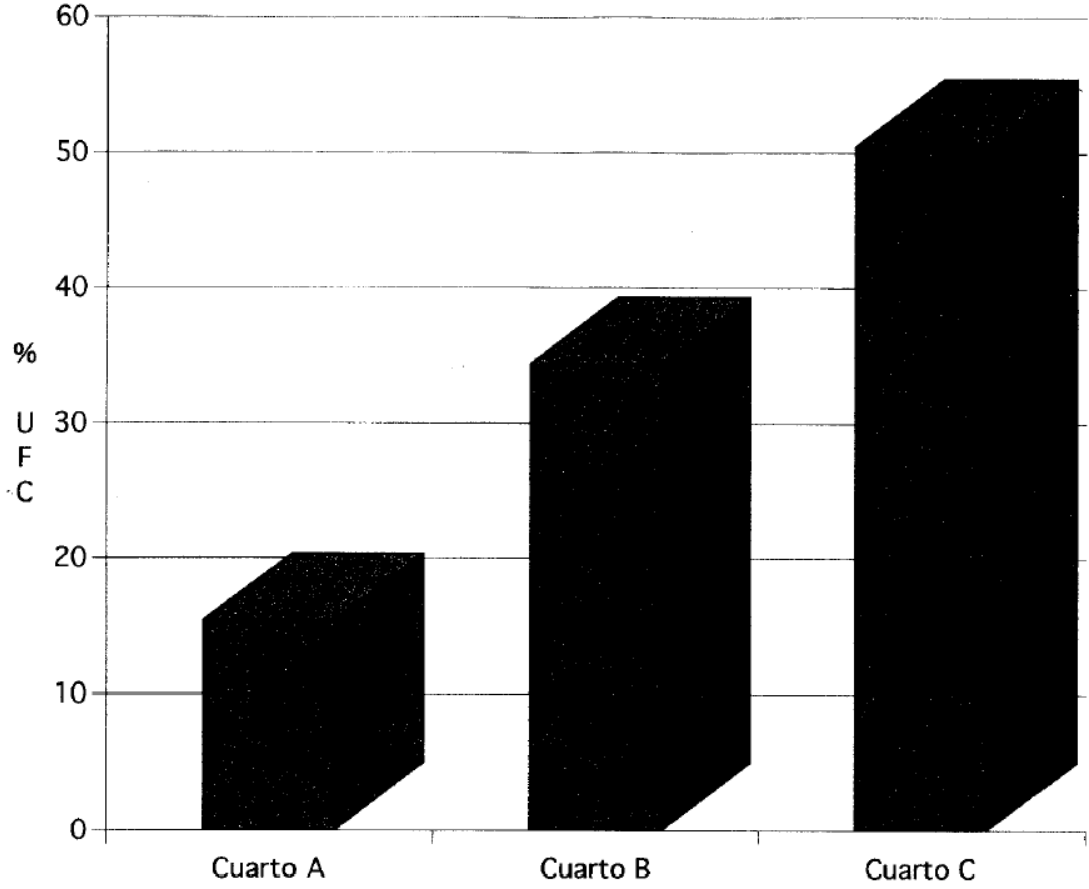
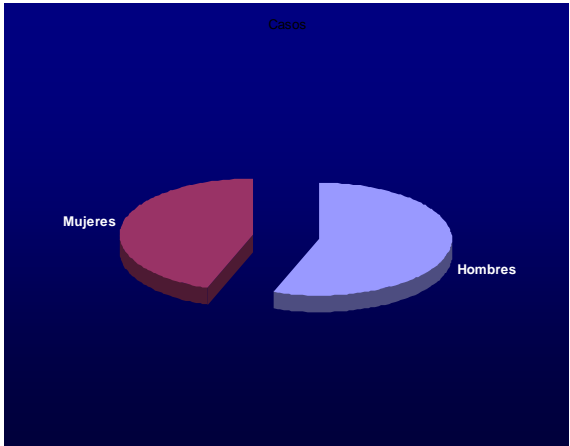
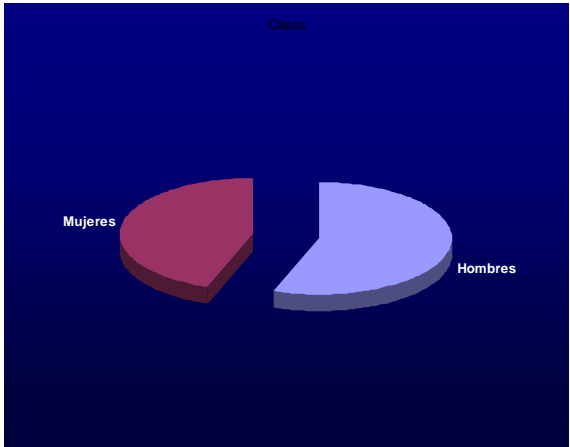
# LAS FIGURAS

- Las ilustraciones son ideales para presentar datos que tienen tendencias o patrones bien definidos.
- Para presentar procesos complejos difíciles de explicar con palabras



Flow of patients through trial

# LAS FIGURAS



# LAS FIGURAS

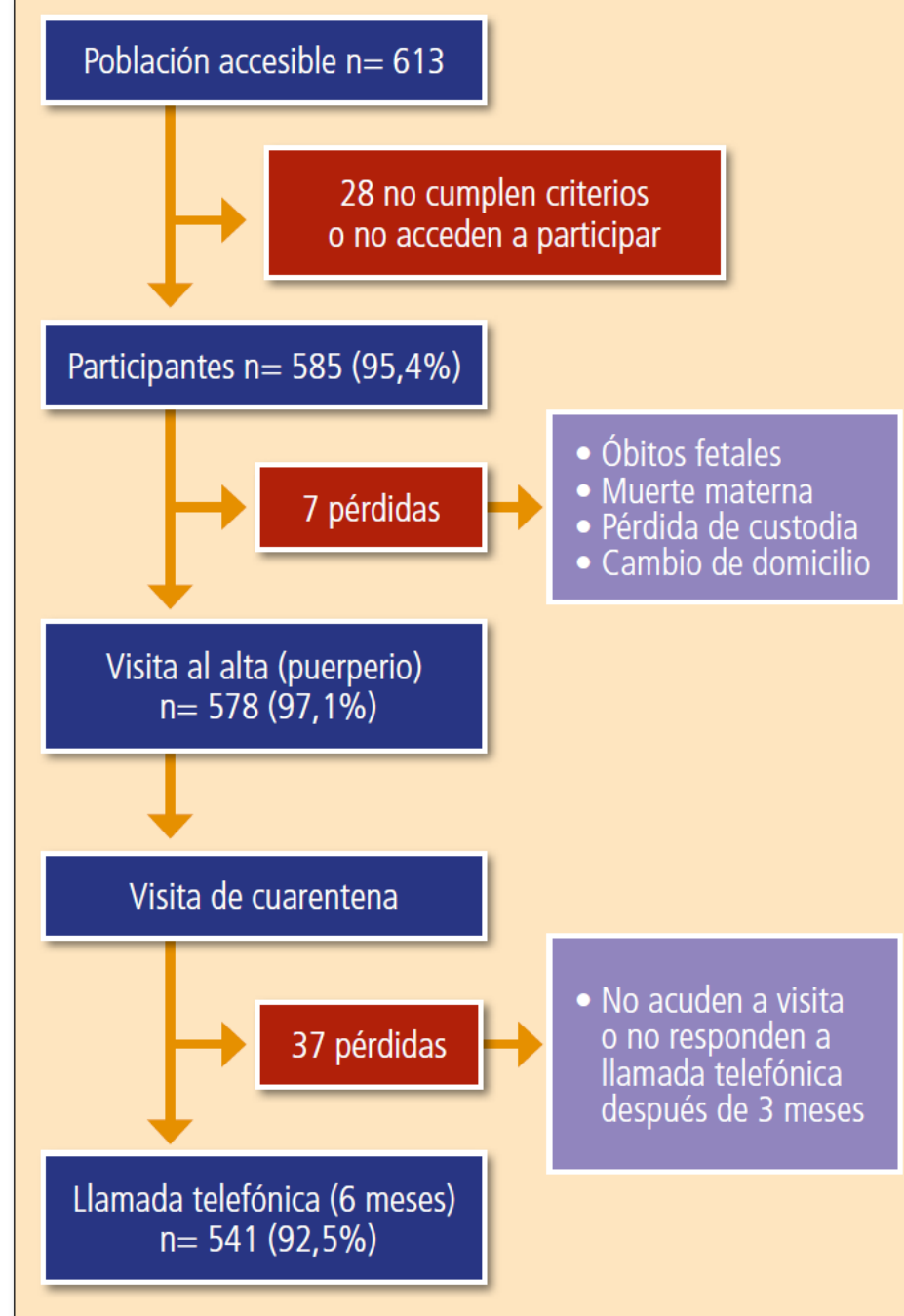


Figura 1. Diagrama de flujo de las participantes

La discusión del artículo.

## Estructura (para tamaño 12, espaciado 1,5)

---

<b>Introducción</b>	¿Por qué se hizo?	1 página
<b>Métodos</b>	¿Cómo se hizo?	1-2 páginas
<b>Resultados</b>	¿Qué se obtuvo?	1-2 páginas
<b>Discusión</b>	¿Qué significado tienen los resultados obtenidos? ¿Cómo los podemos interpretar?	3-4 páginas
<b>Referencias</b>	Material bibliográfico en el que nos apoyamos al hacer afirmaciones	Hasta 50



# Discusión

---

- Es la parte más importante del artículo.
- Se ha indicado que en esta sección debe “aparecer la verdad sin exageraciones”.
- Refleja las dotes de escritor del investigador.
- Se destacan los aspectos nuevos e importantes de la investigación, indicando las ventajas, limitaciones y repercusiones o aplicaciones.
- Los resultados deben compararse con otras investigaciones, explicando e interpretando los resultados obtenidos.

# Discusión

---

- El primer párrafo debe ser una síntesis de los principales hallazgos, indicando cual es su novedad. Destacar qué tiene de especial el artículo.
- A continuación se pueden indicar otros hallazgos en la literatura, similares o contradictorios. Se explican las diferencias entre nuestra investigación y las demás.
- Puede haber párrafos dedicados a explicaciones fisiológicas o conductuales de los resultados y otros que hablen de explicaciones metodológicas.

## DISCUSIÓN

Este estudio proporciona una información novedosa sobre la incidencia de la LM, sus factores dificultadores y condicionantes en Cataluña, y servirá de punto de partida para diseñar nuevos programas de facilitación de la lactancia y su posterior evaluación.

La prevalencia de la LM total en nuestra población de estudio al alta fue del 94,8%, y a los 6 meses del 63,3%. Pero la LME desciende desde el 75,3 hasta el 16,8% a los 4-6 meses. Estos datos son similares a los obtenidos en la cohorte INMA de Guipúzcoa<sup>18</sup>, con una LME al alta del 84,8% y a los 6 meses del 15,4%, mayores que en el grupo CALINA de Aragón, en que la LM total fue del 54,3% a los 6 meses<sup>19</sup>, pero menores que en el estudio ELOIN en la población de la Comunidad de Madrid, donde la LME a los 6 meses fue del 25,4%<sup>13</sup>.

# Discusión

---

- La discusión **NO** es una revisión bibliográfica.
- No se debe caer en el menosprecio del propio trabajo ni intimidarse ante la comunicación de resultados sorprendentes o inesperados.
- No se debe repetir lo dicho en otras secciones. No se debe finalizar con “se deben realizar futuras investigaciones”.
- No hay que caer en la exageración. Hay fármacos o técnicas quirúrgicas que parecen excelentes en la discusión después de dar unos resultados mediocres.

# Discusión

---

- Regla del no en la discusión:
  - No revisar el tema a fondo (usar las citas necesarias).
  - No debe ser larga (longitud equilibrada al manuscrito).
  - No debe discutir cosas sabidas.
  - No debe insistir en datos colaterales.
  - No debe dar afirmaciones rotundas basadas en pocos datos.
  - No debe acabar con un resumen.
  - No debe acabar proponiendo otro trabajo.

# Discusión

---

- Se puede finalizar con unas conclusiones breves y unas recomendaciones de investigación.
- Las conclusiones deben ser acordes con los resultados y no fruto de deseos sin fundamento.

# Discusión

---

- Señalar (resumir) los puntos más relevantes.
- Contrastarlos con la literatura y las hipótesis.
- Señalar (y discutir) las limitaciones y los puntos fuertes de la metodología.
- Discutir las implicaciones de los resultados.
- Plantear nuevas hipótesis (nuevas investigaciones) a partir de los resultados.
- 3-4 páginas de texto.

rigor

Se constata una mejora de las prevalencias respecto a las últimas décadas. En 1999, en un informe técnico de la AEP consta una LM al inicio del 84,2% y a los 6 meses del 24,8%. En la Comunidad Valenciana se realizó una encuesta en 1997, donde la LME al mes era del 63,7% y a los 6 meses del 10%. En Tortosa, ciudad del sur de Cataluña, existía en 2001 una LM del 39%, en una época donde se complementaba a partir de los 4 meses del nacimiento<sup>20,21</sup>. Aun con esta mejora, las tasas están muy alejadas de las recomendaciones y objetivos de la OMS para 2025<sup>4</sup>.

En España, las prevalencias más altas de LME se observan en las comunidades autónomas que disponen de hospitales IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Parto y a la Lactancia de UNICEF). Otro factor importante podría ser la disposición de un programa de educación maternal instaurado desde hace más de 20 años, al que asistió el 55% de las participantes en el estudio, sin tener en cuenta las multíparas que podían haber asistido en anteriores embarazos.

De los 18 hospitales acreditados IHAN en España, 5 lo están en Cataluña, 1 en Guipúzcoa y 5 en la Comunidad de Madrid, regiones donde se observan mejores prevalencias de lactancia.

Durante el seguimiento se observó una LME estable hasta los 3 meses (63,8%), pero la LM aumentó hasta el 27,9% a los 6 meses, lo que indica que hay una complementación con lactancia artificial. Es posible que esta complementación con leche artificial se deba, tal como se han registrado en las causas de abandono y dificultades en la lactancia, a la sensación de hambre del RN y de hipogalactia, y no tanto a una indicación real profesional<sup>18</sup>.

Cuando se preguntó a las madres sobre los principales factores dificultadores de la lactancia, éstas destacaron el uso de accesorios (chupetes, tetinas y pezoneras),

que representaron el 20,2% en el puerperio temprano. Se sabe que su uso provoca un deficiente agarre del RN a la mama y, consecuentemente, una disminución de producción de leche por poca estimulación de ésta y, por tanto, la necesidad de complementación<sup>22</sup>. Por esta razón hay que informar a las familias de la importancia de no interferir con ningún objeto la LM, por el peligro de disminuir la producción de leche.

Otro factor dificultador de la lactancia fue la suplementación con lactancia artificial, que fue de un 13,4% en el puerperio temprano y de un 15,1% en el tardío. Si además esta complementación no se dio por indicación profesional debido a la hipogalactia real ni se administraba de manera adecuada (siempre después de la toma directa de la mama o con relectador), existe más riesgo de abandono por una escasa estimulación<sup>22</sup>. Es el caso de la muestra de nuestro estudio, en la que la sensación de que el RN se quedaba con hambre fue la principal causa de abandono, sobre todo precoz, con un 38,7% antes de los 2 meses. La relación del uso de chupetes y la suplementación con la disminución de LME también la describen Zakarija-Grković et al.<sup>14</sup> en un estudio realizado en Croacia para evaluar los factores predictores de una subóptima lactancia, observando que aumentaba 1,65 veces la *odds ratio* de no realizar LME a los 3 meses.

Se demuestra que es una sensación subjetiva y no real de hipogalactia porque a los 6 meses sólo hubo un abandono por esta razón del 19,6%, justamente cuando el niño tiene mayores requerimientos nutricionales. Es necesario informar a las madres de que tan sólo hay un diagnóstico clínico real del 5% atribuible a este problema<sup>18,23</sup>.

Causas de abandono y comparación con otros estudios

El dolor resultó un factor dificultador de la lactancia en un 15,1% de las mujeres, y acabó siendo una causa de abandono al inicio en un 20,4%, resultado semejante al que obtuvieron Brown et al.<sup>24</sup> en un estudio realizado en 2014 en Canadá, en el que el dolor fue la causa del 22% de los ceses de lactancia en el RN, de los cuales un 76% se producía antes de las 6 semanas. Puapornpong et al.<sup>25</sup> estudiaron en Tailandia la incidencia del dolor y sus causas. A los 7 días del nacimiento, un 9,6% de las lactantes refería dolor. Tras valorar las causas, los autores concluyeron que el 72,3% se debían a un mal agarre y acoplamiento, y en un 23,2% existía algún grado de anquiloglosia. Comprobaron que no había diferencias significativas en la LME entre las madres con dolor y tratamiento precoz de la causa y las madres que no tenían dolor.

Un buen apoyo en las maternidades, como la iniciativa IHAN, y un seguimiento precoz en atención primaria evitan la aparición y la duración de grietas y mastitis<sup>26</sup>.

Es evidente la necesidad de incrementar la atención precoz a las madres que expresan dificultades y dolor en la lactancia, tanto en las maternidades como en la atención primaria de forma muy temprana. En el estudio de Kent et al.<sup>27</sup>, realizado en Australia, se observó que el dolor en la lactancia era el motivo del 36% de las consultas realizadas; después de una intervención de asesoramiento y corrección de la posición se solucionó en un 58% el dolor, y en un 65% si se sumaban el tratamiento de la anquiloglosia, las grietas y otras causas.

Como principal causa de abandono tardío de la LM se observó que un 47,1% de las madres lo hizo debido a su incorporación a la vida laboral. El papel de los profesionales sanitarios es dar pautas para la extracción de la leche e informar de cómo combinar la toma con el horario laboral. Es indudable que la duración del permiso de maternidad de 4 meses en nuestro país es una dificultad real. Es conveniente revisar las políticas que atañen a la maternidad, alargando el permiso hasta los 6 meses posparto, como mínimo, para poder fomentar la LM.

El 95% de las madres manifestaron la voluntad de iniciar la lactancia y que la duración de ésta fuese mayor a

## Discusión

## Limitaciones

A pesar de ser un estudio con 4 fases de datos a lo largo de 6 meses, el porcentaje de pérdidas ha sido bajo. Al tratarse de un diseño prospectivo, se ha evitado cualquier sesgo de memoria, y la participación de los profesionales en la recogida de datos ha facilitado su fiabilidad.

Al registrar las causas de abandono, se obtuvo un porcentaje muy alto de «otras causas», por lo que en el futuro sería recomendable estudiarlas con más profundidad.

Las definiciones recomendadas por los expertos sobre la clasificación de los diferentes tipos de lactancia no son las que utilizan los profesionales en su práctica habitual, por lo que puede prestarse a confusiones. Para evitarlo, realizamos sesiones formativas previas a todos los profesionales que participaron en el estudio para estandarizar la recogida de información.

La información relativa a la intención de la madre respecto a la duración de la lactancia se obtuvo mediante una llamada telefónica a las que aún lactaban a los 6 meses. Desconocemos la intención en aquellas que abandonaron la LM antes. En futuros estudios sería interesante recoger esta información al inicio.

## ¿Ventajas?

## CONCLUSIONES

En la mayoría de los casos los factores dificultadores y las causas de abandono de la LM se podrían solucionar con una adecuada información sobre la lactancia a demanda, asesorando sobre los signos de normalidad, la estimulación de la subida de la leche, la mejora de la técnica de la lactancia y complementación de la toma, así como informar de que existen diferentes causas de llanto del RN, no sólo el hambre.

Respecto al dolor, suele producirse por un mal agarre del RN a la mama o por dificultad de la técnica. Para evitarlo y conseguir una adecuada técnica de la lactancia, es importante dar un buen soporte a las madres desde el inicio, tanto en los hospitales como en atención primaria.

Corresponde a los gestores sanitarios proporcionar más recursos para incorporar consultas específicas y programas de información, asesoramiento, apoyo y seguimiento de la lactancia, antes y después del parto, para evitar destetes precoces por causas evitables y no deseados por las madres. La guía clínica de lactancia materna del Ministerio de Sanidad, el NICE y la Perinatal Services British Columbia proponen confeccionar programas siguiendo los 7 pasos de la iniciativa IHAN para centros sanitarios<sup>22,30,31</sup>.

**No se proponen nuevos estudios**



# ¿Tenemos algo que escribir? La primera hoja y la introducción.

Documento1 - Word

RUANO RAVIÑA ALBERTO

Archivo Inicio Insertar Diseño Disposición Referencias Correspondencia Revisar Vista Zotero Ayuda ¿Qué desea hacer? Compartir

Calibri (Cuerpo) 11

Pegar

Portapapeles

Fuente

Párrafo

Estilos

Edición

¿Y ahora qué pongo?

## Síndrome de la hoja en blanco

- Hacer la estructura del artículo
  - Introducción
    - Importancia
    - Qué se sabe y qué no se sabe
    - Objetivos
  - Material y métodos
    - Diseño del estudio
    - Recogida de información...
  - Resultados
  - Discusión

# Resumen

---

- Es una de las partes más valiosas del manuscrito para la transmisión de conocimientos.
- Junto con el título, es la sección más leída de la publicación y debe ser muy claro. **Es la tarjeta de presentación del artículo.** El resumen aparecerá en las bases de datos si es publicado.
- Tiene un tamaño limitado, entre 150 y 250 palabras.
- Suele aparecer en la 2ª página, aunque se suele confeccionar cuando el artículo ya se ha escrito. Al principio se puede realizar un borrador.
- Se hace al final

# Resumen

---

- Puede ser o no estructurado. El estructurado se divide en las mismas partes que el artículo, pero sin discusión.
- NUNCA lleva referencias bibliográficas.
- Si se trata de una revisión, la estructura es más flexible, a discreción de los autores.

## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer la evolución de la lactancia materna (LM) y la lactancia materna exclusiva (LME) desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad. Identificar las principales dificultades, las causas de abandono y las expectativas de las usuarias sobre la lactancia.

**Material y métodos:** Estudio observacional, de seguimiento longitudinal de una cohorte de madres/hijos desde las 35 semanas de embarazo, el puerperio temprano y tardío, y hasta los 6 meses de vida en el Área Metropolitana Norte de Barcelona. Se realizó un seguimiento final de 541 sujetos. Los datos fueron recogidos por las matronas a través de un cuestionario específico. Se recogen los tipos de lactancia definidos por la Organización Mundial de la Salud, las dificultades, las causas de abandono y la intención de duración de ésta.

**Resultados:** Al alta, la LM y la LME fueron del 94,8 y el 75,3%, respectivamente, y a los 6 meses del 63,3 y 16,8%. Los accesorios (chupetes, tetinas, pezoneras) son los principales elementos que dificultan la lactancia (20,2%). Las principales causas de abandono fueron la sensación subjetiva de hambre en el niño (35%) y de hipogalactia (22,8%). El 95% de las madres manifestaron la voluntad de iniciar la lactancia y una duración de ésta mayor a 1 año.

**Conclusiones:** Por primera vez disponemos de información relativa a la LME a los 6 meses en nuestro territorio, que pone de manifiesto la necesidad de nuevas estrategias de promoción de la lactancia que permitan aumentar la LME, dirigidas a las causas evitables de destete, así como programas de información, asesoramiento, apoyo y seguimiento, antes y después del parto, para evitar destetes precoces por causas evitables y no deseados por las madres.

©2019 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Lactancia materna, investigación en servicios de salud, factores de riesgo, epidemiología, prevalencia, destete precoz.

# Resumen

---

## Recomendaciones para su elaboración:

- Apenas debe haber introducción (o sólo una frase).
- Debe entenderse sin necesidad de leer el artículo.
- Debe estar redactado en términos concretos, desarrollando los puntos esenciales del artículo.
- No se deben incluir datos no reflejados en el texto.
- Debe indicarse el tamaño de la muestra y la metodología utilizada.
- Puede darse una breve conclusión.
- No deben figurar abreviaturas y símbolos.
- Hacerlo al final

# Palabras clave

---

- Aparecen al final del resumen, en un número de 3 a 10.
- Se deben seleccionar cuidadosamente, ya que servirán para catalogar el trabajo en las bases de datos.
- Se recomienda utilizar términos MeSH.
- Se debe ir de lo más general a lo más específico.

Ejemplo: propón varias palabras clave para el estudio que se está comentando

Lactancia materna, investigación en servicios de salud, factores de riesgo, epidemiología, prevalencia, destete precoz

# La bibliografía del artículo científico

# Estructura (para tamaño 12, espaciado 1,5)

---

Introducción	¿Por qué se hizo?	1 página
Métodos	¿Cómo se hizo?	1-2 páginas
Resultados	¿Qué se obtuvo?	1-2 páginas
Discusión	¿Qué significado tienen los resultados obtenidos? ¿Cómo los podemos interpretar?	3-4 páginas
Referencias	Material bibliográfico en el que nos apoyamos al hacer afirmaciones	Hasta 50

Unas 2.500-3.000 palabras

# Fuentes bibliográficas.

---

- La bibliografía constituye el soporte de información que el autor ha consultado para hacer la investigación.
- Refleja de modo indirecto el esfuerzo del autor en la síntesis de la literatura y su grado de concreción, también su grado de conocimiento sobre el tema.
- No son aconsejables referencias de congresos, citas de revistas de divulgación y cualquier fuente que no haya sido lo suficientemente evaluada. Algunas revistas no las aceptan.
- Se pueden citar artículos en prensa u observaciones personales (sin exceso).



# Fuentes bibliográficas.

---

- La bibliografía de un artículo es esencial para la aceptación del trabajo. Los tres **errores no intencionados** más habituales son:
  - Exceso de citas.
  - Referencias incorrectas.
  - Ausencia de referencias esenciales.

Normas de Vancouver

<http://www.icmje.org/>

[http://www.icmje.org/urm\\_full.pdf](http://www.icmje.org/urm_full.pdf) (pág 14)

Ahrens W, Merletti F. A standard tool for the analysis of occupational lung cancer in epidemiologic studies. Int J Occup Environ Health. 1998;4:236–40.

# Fuentes bibliográficas.

---

- Exceso de citas:
  - *No todo lo leído para la elaboración del trabajo es útil.*
  - Sólo deben recogerse las referencias necesarias, recientes y de fácil acceso.
  - Se evitarán citas antiguas y comunicaciones personales.
  - Deben ser excepcionales las citas de más de 10 años.
  - No deben citarse en la introducción más del 50% del total de las citas. Si es un porcentaje menor mucho mejor.

# Fuentes bibliográficas.

---

- Errores de citación.
  - Perpetúan el error
  - Dificultan la localización de citas.
  - Denotan falta de perfeccionismo o ausencia de revisión si existen muchos errores.

# Fuentes bibliográficas.

---

Ausencia de referencias esenciales.

- Es uno de los errores más graves en la bibliografía.
- Los revisores suelen fijarse en su ausencia.
- Denotan falta de profesionalidad por parte de los autores.
- Estas referencias son muy fáciles de localizar habitualmente.

Bútrago Torrijos, Núria Risques Fernández, Nuria Sitja Bague, Olga Dern Garriga, Paula Amorós Ferrer, Raquel Martínez Mondejar, Remei Fenollosa Pérez, Rosa M. Caballer Bel, Rosalia Ibars Noguera, Susana Sancho Esteban, Tere Domenech Serra.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, 2003.
2. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe de expertos. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. *An Esp Pediatr.* 1999; 50: 333-40.
3. Guía de práctica clínica sobre lactancia materna. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017.
4. Organización Mundial de la Salud. Metas mundiales de nutrición 2025. Documento normativo sobre lactancia materna (Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief). WHO/NMH/NHD/147 2017.
5. UNICEF. Estado mundial de la infancia 2009. Salud Materna y Neonatal. 2009.
6. World Health Organization (WHO). Alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra: WHO, 2017.
7. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países, 2016.
8. Encuesta Nacional de Salud España (ENSE) 2017. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018.
9. Jané M, Vidal MJ, Tomas Z. Indicadors de salut perinatal a Catalunya. Any 2015. Informe executiu. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2015; 1-10.
10. Encuesta telefónica de lactancia materna. Programa de Salud Materno-infantil. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Direcció General de Salut Pública, 2010.
11. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet.* 2016; 387: 475-90.
12. UNICEF. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño, 2009.
13. Ramiro González MD, Ortiz Marrón H, Arana Cañedo-Argüelles C, Esparza Olcina MJ, Cortés Rico O, Terol Claramonte M, et al. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. *An Pediatr.* 2018; 89: 32-43.
14. Zakarija-Grković I, Segvić O, Vušković Vukušić A, Lozančić T, Božinović T, Čuže A, et al. Predictors of suboptimal breastfeeding: factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. *An Pediatr.* 2014; 80: 6-15.
15. Oribe M, Lerxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar M, et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gac Sanit.* 2015; 29: 4-9.
16. Cuadrón Andrés L, Samper Villagrasa MP, Álvarez Sauras ML, Lasarte Velillas JJ, Rodríguez Martínez G. Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. Estudio CALINA. *An Pediatr.* 2013; 79: 312-8.
17. Hernández MT, Muñoz A, Lasarte JJ. La lactancia materna en la Comunidad Valenciana. Análisis multivariante de una encuesta. *Aten Primaria.* 2004; 12: 19-38.
18. Hostalot AM, Sorni HA, Jovani HL, Rosal RL, Mercè GJ. Lactancia materna en el sur de Cataluña. Estudio de los factores socioculturales y sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento. *An Esp Pediatr.* 2001; 54: 297-302.
19. Guía de práctica clínica sobre lactancia materna. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017.
20. Estévez González MD, Martell Cebrián D, Medina Santana R, García Villanueva E, Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *An Pediatr.* 2002; 56: 144-50.
21. Brown CRL, Dodds L, Legge A, Bryanton J, Semenic S. Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. *Can J Public Health.* 2014; 105: e179-85.
22. Puapornpong P, Parttakul P, Suksamarnwong M, Srisuwan S, Ketsuwan S. Nipple pain incidence, the predisposing factors, the recovery period after care management, and the exclusive breastfeeding outcome. *Breastfeed Med* 2017; 12: 169-73.
23. Beake S, Pellowe C, Dykes E, Schmied V, Bick D. A systematic review of structured compared with non-structured breastfeeding programmes to support the initiation and duration of exclusive and any breastfeeding in acute and primary health care settings. *Matern Child Nutr.* 2012; 8: 141-61.
24. Kent JC, Ashton E, Hardwick CM, Rowan MK, Chia ES, Fairclough KA, et al. Nipple pain in breastfeeding mothers: incidence, causes and treatments. *Int J Environ Res Public Health.* 2015; 12: 12.247-63.
25. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA.* 2001; 285: 413-20.
26. Cattaneo A, Bettinelli ME, Chapin E, Macaluso A, Córdova do Espírito Santo L, Murante AM, et al. Effectiveness of the Baby Friendly Community Initiative in Italy: a non-randomised controlled study. *BMJ Open.* 2016; 6: e010232 [DOI: 10.1136/bmjopen-2015-010232].
27. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Clinical guideline: postnatal care up to 8 weeks after birth. NICE, 2006.
28. Provincial Health Services Authority. Perinatal Services BC. Health promotion guideline: breastfeeding healthy term infants. Vol. 2012. Vancouver, 2015.

# Publicación científica

Elección de la revista.

Alberto Ruano Raviña

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. USC.

CIBER de Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP.

# ¿A qué revista debemos enviar el artículo?

## Factor de impacto vs realidad.

---

- ¿Es nuestro trabajo de calidad?
- ¿Aporta nuestro trabajo resultados novedosos?
- ¿Qué tipo de diseño tiene?
- ¿Cuál es el tamaño muestral?
- ¿La discusión es adecuada?
- ¿Es claro y conciso? ¿De fácil lectura?

# Elección de la revista

---

- ¿Deben importarnos las normas de publicación?
- ¿Revistas de mayor o menor difusión?
  - ¿Española o extranjera?
- Clasificación de las revistas:
  - Científicas generales: Nature, Science.
  - Médicas generales: NEJM, Lancet, BMJ, JAMA.
  - Médicas especializadas: Circulation, Neurology, Thorax...
- ¿Gastos de publicación?



# Revistas españolas

---

- Ventajas

- La interacción es más fácil.
- El tiempo de publicación se reduce (se evita tiempo de traducción).
- Mayor difusión a nivel nacional

- Desventajas

- Hay menos revistas objetivo.
- Menos difusión a nivel internacional.
- Menos citas.
- Menos impacto curricular.

# Revistas extranjeras.

---

- Ventajas

- Más impacto curricular.
- Más citas.
- Hay más donde elegir.

- Limitaciones

- Idioma
- Tiempo de publicación
- Costes en algunos casos.
- Menos repercusión nacional



## PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS

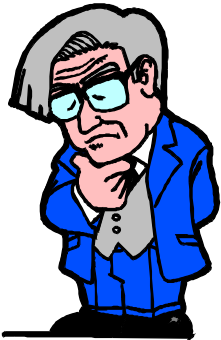
- Los trabajos deberán ser presentados a 1,5 espacios, con un tamaño de letra de 12 puntos, en DIN-A4, con un margen no inferior a 25 mm y con las páginas numeradas.
- Idioma: Los artículos serán redactados y remitidos en castellano.
- Primera página: Se indicarán, en este orden, los siguientes datos:
  - a) título del artículo;
  - b) nombre de pila completo y apellido de cada uno de los autores (si se utilizan los dos apellidos, irán unidos por un guión, a efectos de su identificación en los índices internacionales);
  - c) filiación institucional de cada uno de los autores (profesión, nombre completo del departamento, centro de trabajo y dirección completa);
  - d) nombre, filiación profesional, dirección de correo electrónico y teléfono del autor responsable para la correspondencia;
  - e) financiación total o parcial del estudio, si la hubiere;
  - f) relación, si existiese, entre cada investigador y las empresas potencialmente implicadas en el estudio (conflicto de intereses), y
  - g) si el artículo se ha presentado como comunicación oral o póster en algún congreso, o si ha sido publicada en una tesis doctoral. Al final de esta primera página, se incluirán los recuentos de palabras del resumen y del cuerpo del manuscrito, excluidas la bibliografía y las tablas.
- Segunda página: En ella aparecerán el resumen y las palabras clave. Su extensión deberá ajustarse a la de cada tipo de artículo.
- Tercera página y sucesivas: Se incluirá el texto o cuerpo del manuscrito con sus diferentes apartados, según la sección de que se trate. Una vez concluido el cuerpo del manuscrito, en la siguiente página se presentará la bibliografía.
- A continuación, y empezando en una página nueva, aparecerán las tablas (las figuras se incluyen en archivos aparte).

## ESTRUCTURA DE LOS TRABAJOS



# Índice de impacto.

---



- Clasificación de las revistas científicas en función del número de veces que sean citadas.
- Esto significa que el índice de impacto refleja la difusión de la revista e indirectamente el número de profesionales que trabaja en cada especialidad sanitaria.
- Es más interesante valorar la posición de la revista entre todas las de la misma especialidad sanitaria. Es más relevante el cuartil que el propio índice de impacto

- Fórmula:

$$\text{Factor de impacto 2014} = \frac{\text{Nº citas en 2014 recibidas por los artículos publicados en 2012 y 2013}}{\text{Total artículos publicados en 2012 + 2013}}$$

# ¿Cómo medimos el impacto de un artículo?

Factor de impacto y citaciones

ISI Web of Knowledge

## InCites Journal Citation Reports

Clarivate  
Analytics




### NURSING

*Nursing covers resources on all aspects of nursing science and practice such as administration, economics, management, education, technological applications and all clinical care specialties.*

Year ▾	Edition	# Journals <a href="#">Graph</a>	Articles <a href="#">Graph</a>	Total Cites <a href="#">Graph</a>	Median Impact Factor <a href="#">Graph</a>	Aggregate Impact Factor <a href="#">Graph</a>	Aggregate Immediacy Index <a href="#">Graph</a>	Aggregate Cited Half-Life <a href="#">Graph</a>	Aggregate Citing Half- Life <a href="#">Graph</a>
2018	SCIE	120	9,139	194,560	1.295	1.538	0.384	7.6	7.0
2017	SCIE	118	8,226	170,125	1.179	1.400	0.327	7.6	7.0
2016	SCIE	116	8,081	150,703	1.152	1.313	0.248	7.4	7.1
2015	SCIE	116	7,657	128,424	1.049	1.240	0.251	7.2	7.1
2014	SCIE	111	6,865	109,769	0.970	1.118	0.215	7.1	7.3
2013	SCIE	107	6,462	98,965	0.904	1.111	0.215	6.9	7.2
2012	SCIE	106	5,964	89,234	0.866	1.035	0.221	6.8	7.1
2011	SCIE	99	5,601	79,148	0.881	1.006	0.180	6.7	7.0
2010	SCIE	89	5,246	73,664	0.970	1.048	0.158	6.6	7.0
2009	SCIE	72	4,232	59,362	0.909	1.037	0.201	6.8	7.0
2008	SCIE	62	3,706	52,633	0.936	1.123	0.198	6.8	7.0
2007	SCIE	46	2,675	37,467	0.925	1.031	0.157	7.0	7.0
2006	SCIE	36	2,093	31,563	1.014	1.090	0.162	6.8	6.8
2005	SCIE	32	1,932	21,683	0.746	0.780	0.131	7.2	7.1
2004	SCIE	22	1,050	21,007	0.680	0.744	0.126	7.1	6.0

Go to Journal Profile

Master Search 


Compare Journals

View Title Changes 

Select Journals 

Select Categories 

Select JCR Year

2018 


Select Edition

SCIE  SSCI

Open Access

Open Access

Category Schema

Web of Science 

Journals By Rank

Categories By Rank

Journal Titles Ranked by Impact Factor

Compare Selected Journals

Add Journals to New or Existing List

Customize Indicators

Select All		Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor 	Eigenfactor Score
<input type="checkbox"/>	1	INTERNATIONAL JOURNAL OF NURSING STUDIES	9,728	3.570	0.01431
<input type="checkbox"/>	2	Journal of Tissue Viability	607	2.831	0.00091
<input type="checkbox"/>	3	JOURNAL OF NURSING SCHOLARSHIP	2,873	2.540	0.00322
<input type="checkbox"/>	3	NURSING OUTLOOK	1,922	2.540	0.00296
<input type="checkbox"/>	5	Australian Critical Care	722	2.515	0.00101
<input type="checkbox"/>	6	Journal of Cardiovascular Nursing	1,997	2.510	0.00308
<input type="checkbox"/>	7	Worldviews on Evidence-Based Nursing	1,240	2.500	0.00193
<input type="checkbox"/>	8	European Journal of Cardiovascular Nursing	1,648	2.497	0.00248

# Factor de impacto de la revista vs “impacto” generado por el investigador

- Índice H
- Google citations

The screenshot shows a Google Scholar profile for Alberto Ruano-Ravina. The profile includes a profile picture, a 'FOLLOW' button, and a 'GET MY OWN PROFILE' button. The profile information lists him as a Professor of Preventive Medicine and Public Health at the University of Santiago de Compostela, with a verified email at usc.es. His research interests are listed as Epidemiology, Oncology, and respiratory diseases.

The 'Cited by' section shows a table with the following data:

	All	Since 2014
Citations	4841	2633
h-index	29	22
i10-index	77	61

Below the table is a bar chart showing the number of citations per year from 2012 to 2019. The y-axis ranges from 0 to 540. The bars show a general upward trend, peaking in 2017.

The 'Co-authors' section lists Alberto Fernández Villar, Médico Neumólogo Hospital de ...

The 'CITED BY' table lists the following publications:

TITLE	CITED BY	YEAR
Radon in homes and risk of lung cancer: collaborative analysis of individual data from 13 European case-control studies S Darby, D Hill, A Auvinen, JM Barros-Dios, H Baysson, F Bochicchio, ... Bmj 330 (7485), 223	1469	2005
Effectiveness and safety of endobronchial ultrasound–transbronchial needle aspiration: a systematic review L Varela-Lema, A Fernandez-Villar, A Ruano-Ravina European Respiratory Journal 33 (5), 1156-1164	409	2009
Exposure to residential radon and lung cancer in Spain: a population-based case-control study JM Barros-Dios, MA Barreiro, A Ruano-Ravina, A Figueiras American Journal of Epidemiology 156 (6), 548-555	155	2002
The HTA core model: a novel method for producing and reporting health technology assessments K Lampe, M Mäkelä, MV Garrido, H Anttila, I Autti-Rämö, NJ Hicks, ... International journal of technology assessment in health care 25 (S2), 9-20	122	2009
Autologous chondrocyte implantation: a systematic review A Ruano-Ravina, MJ Diaz Osteoarthritis and cartilage 14 (1), 47-51	118	2006

Total de publicaciones



**196** [Analizar](#)



*h*-index



**22**

Promedio de citas por elemento

**13,31**

Total de veces citado



**2609**

sin citas propias

**2249**

Artículos en que se cita

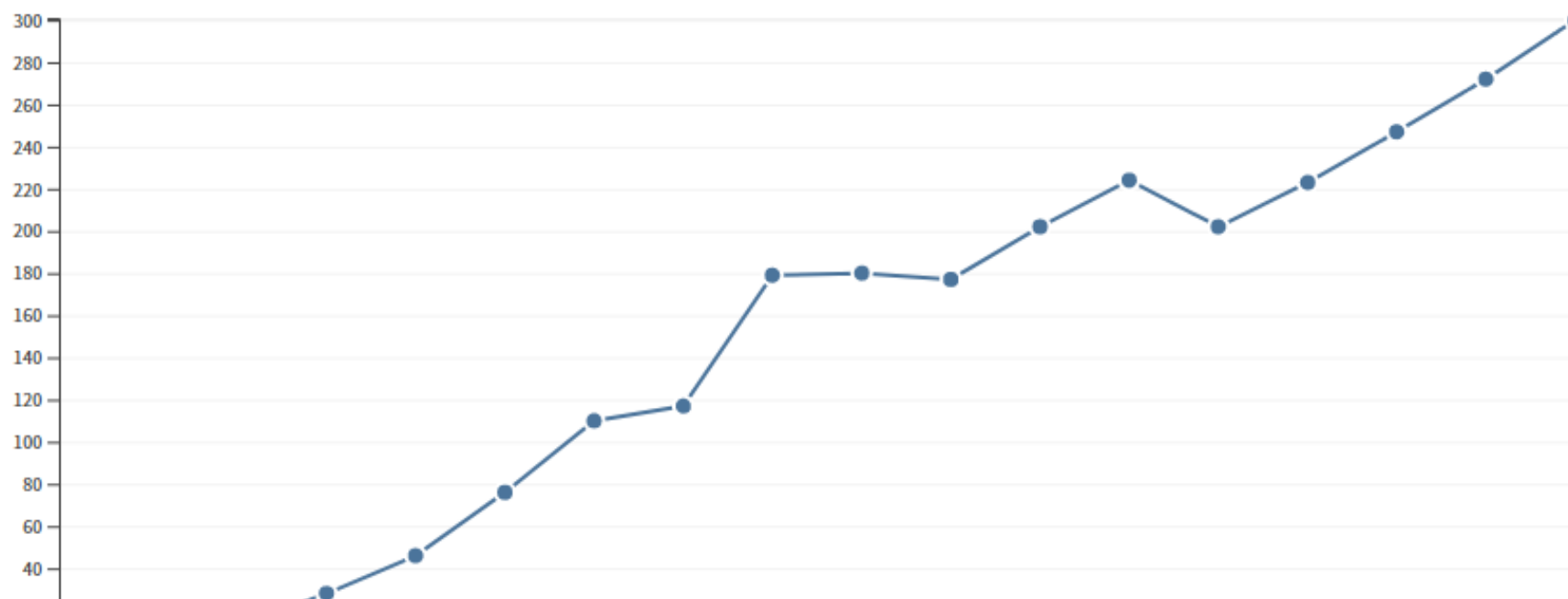


**2178** [Analizar](#)

sin citas propias

**2075** [Analizar](#)

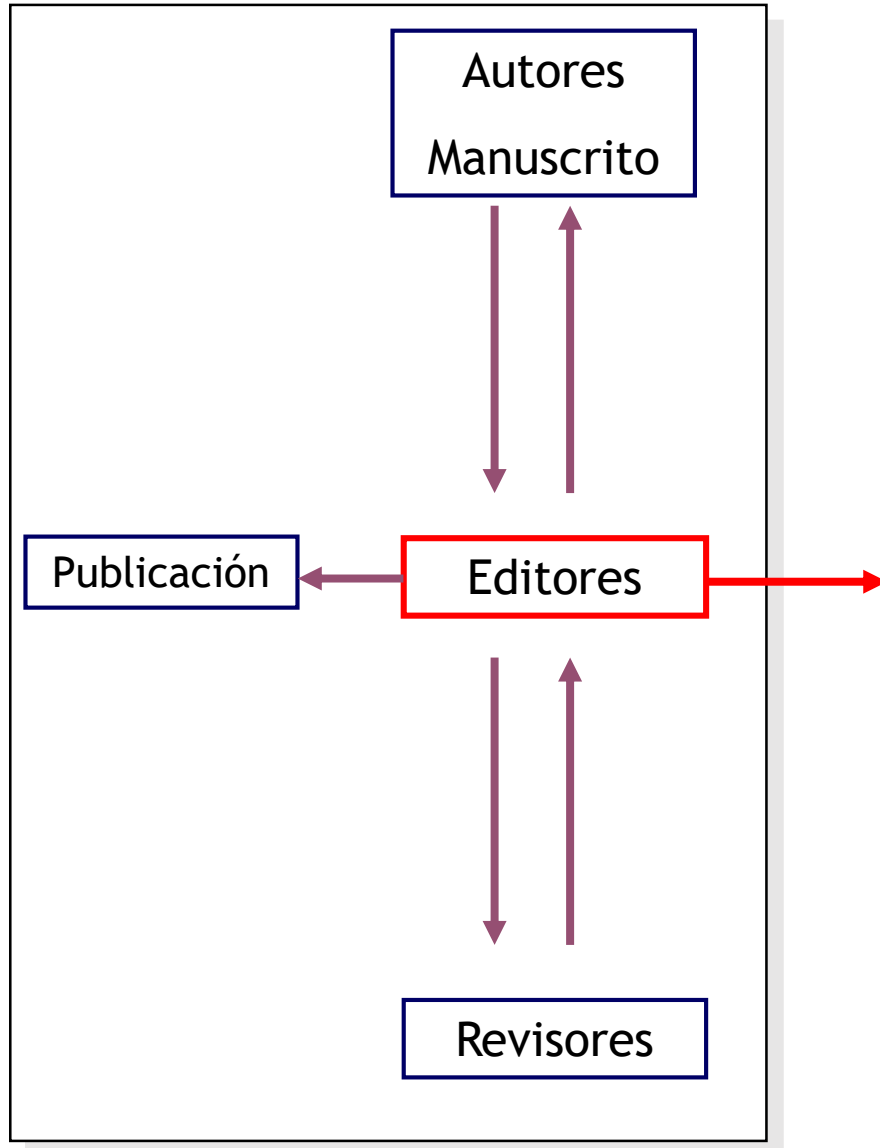
Número de veces citado al año





# **La comunicación con la revista**

# Proceso de revisión



## ¿Quiénes son?

- Eminentes científicos (a veces).
- Buenos revisores
- Existen sesgos de nacionalidad

## Funciones:

- Filtran los trabajos antes de llegar a revisores
- Tiene la última palabra sobre la política de publicaciones
- Seleccionan a los revisores

Envío electrónico y la carta de presentación

# Carta de presentación

---

- Se identifica el autor responsable del manuscrito y la revista a la que se quiere enviar. Debe ir fechada.
- Puede valorarse incluir un comentario sobre los resultados más interesantes y su aportación al conocimiento existente. Es muy recomendable incluirlo, y decir porqué es de interés para los lectores.
- Debe indicar que se cumplen los criterios de autoría

# Carta de presentación

Santiago de Compostela, 07-18-2019

Dr Timothy Lash,  
Editor-in-Chief  
Epidemiology

Dear Dr Lash

We are enclosing the comment "*The increasing exposure of the global population to ionizing radiation*", so that you would consider it for publication in *Epidemiology*. We wish to publish it as an ISEE-sponsored commentary. The comment has been already reviewed by anonymous reviewers and Dr Gregory Wellenius as Associate Editor.

The comment aims to raise concern on the increasing amount of ionizing radiation being received by human beings both from natural and man-made radiation sources using real examples of common individual exposures.

The author responsible for correspondence about the manuscript is: Prof. Dr. Alberto Ruano-Ravina, Department of Preventive Medicine and Public Health, School of Medicine, Postal Code 15782 Santiago de Compostela, Spain. Phone: 34-881-812267. Fax: 34-981-572282 E-mail: [alberto.ruano@usc.es](mailto:alberto.ruano@usc.es)

# Declaración de autoría y responsabilidad

---

ALBERTO RUANO-RAVINA. "The increasing exposure of the global population to ionizing radiation"

---

## STATEMENT ON AUTHORSHIP CRITERIA AND RESPONSABILITY

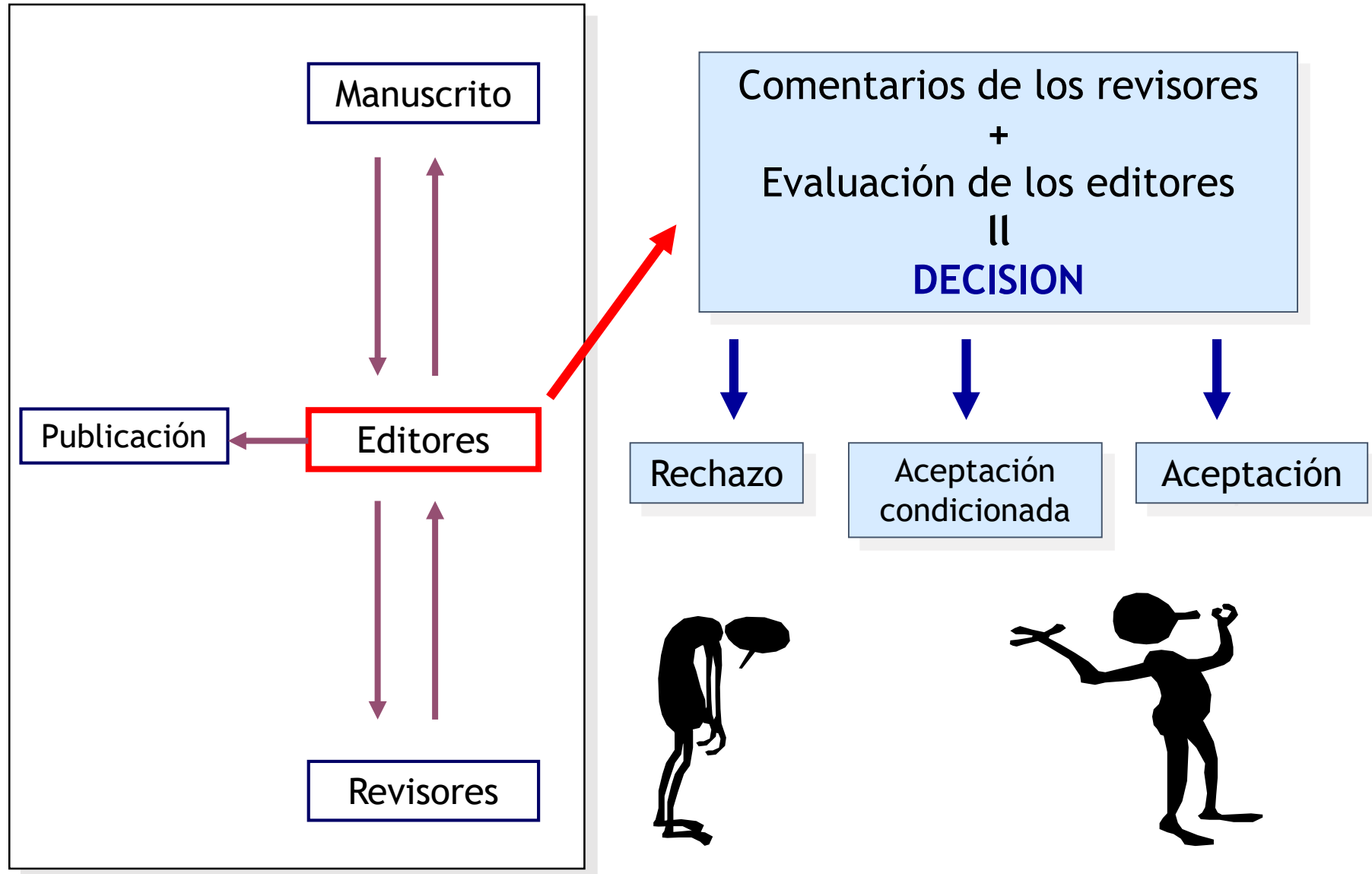
"I certify that I have participated sufficiently in the work to take public responsibility for the content.

I certify that (1) I have made substantial contributions to the conception and design or analysis and interpretation of data and (2) I have made substantial contributions to drafting the article or revising it critically for important intellectual content and (3) I have given final approval of the version of the article to be published.

I certify that the manuscript represents valid work and that neither this manuscript nor one with substantially similar content under my authorship has been published or is being considered for publication elsewhere."

Decisión de la revista y respuesta a revisores.

# Proceso de envío y decisión





# ¿Qué pensará el editor al recibirlo?

---

- ¿Publicamos el artículo?
  - ¿Interesa la temática a los lectores?
  - ¿Cuáles son los resultados?
  - ¿Es de buena calidad?
    - ¿Tamaño de la muestra?
    - ¿Resultados estadísticamente significativos?
- ¿Quiénes son los autores?
- ¿De qué institución provienen?
- ¿Lo mando a revisores?

# ¿Qué harán los revisores? (o el editor)

## Listas de comprobación

---

- Importancia del tema planteado.
- Originalidad del estudio.
- Importancia del objetivo planteado.
- Adecuación del diseño y metodología.
- Presentación e interpretación adecuada de los resultados.
- Solidez de la conclusión.
- Calidad de la bibliografía.
- Calidad de la escritura

## Causas habituales de rechazo.

---

- Utilidad y validez del método.
- Revista inadecuada.
- Revisores inadecuados o desidia de los revisores.  
Editor inadecuado.
- El mensaje no se corresponde con los resultados (o está mal redactado).
- Discusión floja.
- Falta de originalidad.

# Una vez aceptado. Galeradas

---

- Sobre un mes antes de la publicación.
- Deben enviarse en uno o dos días.
- Sólo debe haber cambios menores.
  - Ortografía.
  - Cifras incorrectas (tablas).
  - Si no se envían a tiempo el artículo se publicará tal cual o se retrasará.
- Si no se envían a tiempo el artículo se publicará tal cual o se retrasará.

# Galeradas

---

## ¿Cómo?

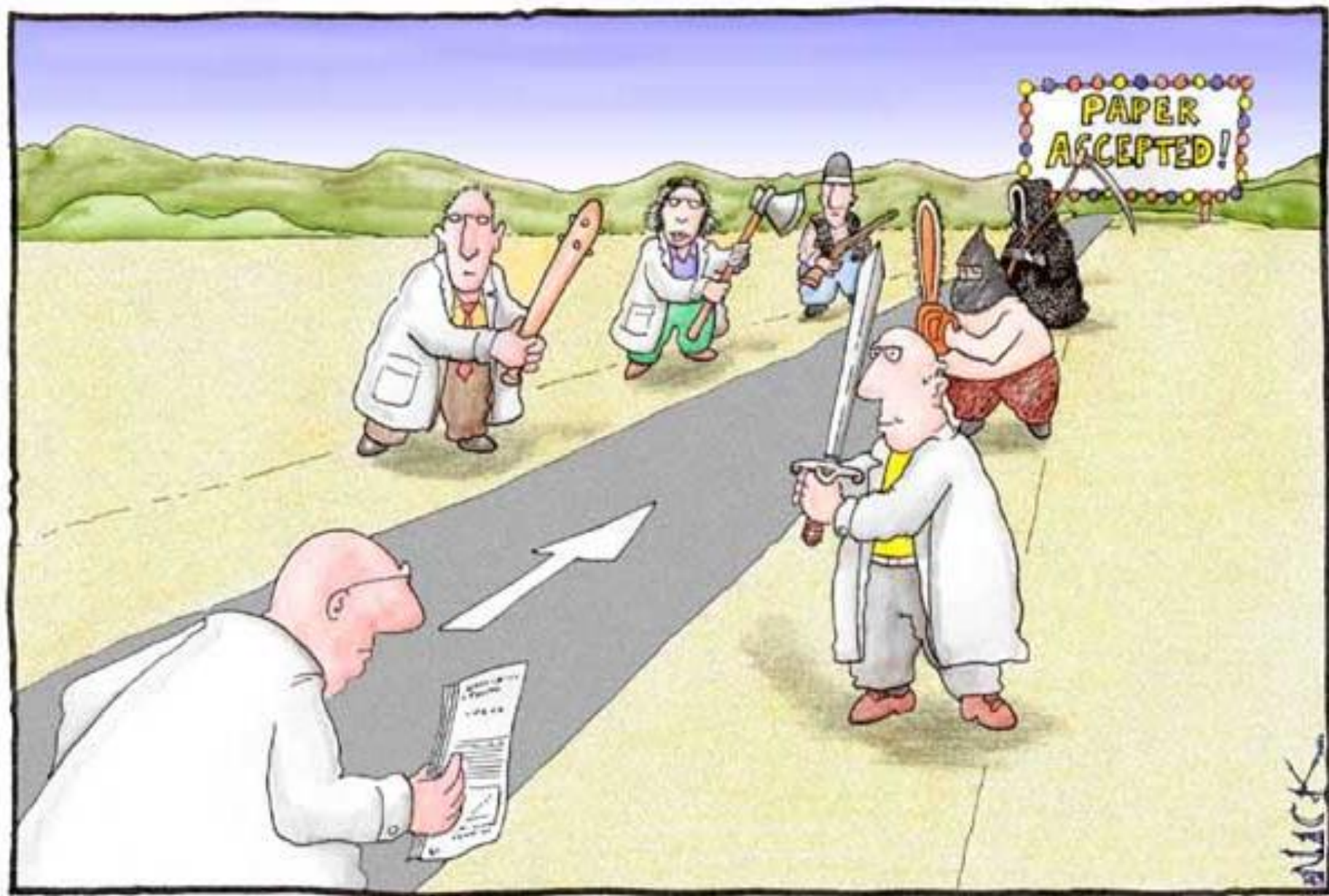
- Dos lecturas de las galeradas (2 personas)
- A veces el equipo editorial ya plantea preguntas a los autores.
- Nos dan poco tiempo... 24 ó 48 horas



# Conclusiones

---

- Para lograr publicar artículos hay primero que saber escribirlos correctamente. Esto implica:
  - Tener las ideas claras.
  - Utilizar el estilo científico.
  - Usar la estructura adecuada (estructura IMRD).
  - Presentarlos correctamente (tablas y figuras pertinentes y bibliografía ajustada).
- En cuanto a la publicación es clave:
  - Escoger la revista objetivo correcta.
  - Responder adecuadamente a los comentarios de los revisores y de los editores.
  - Indicar cómo y dónde ha cambiado el artículo original.

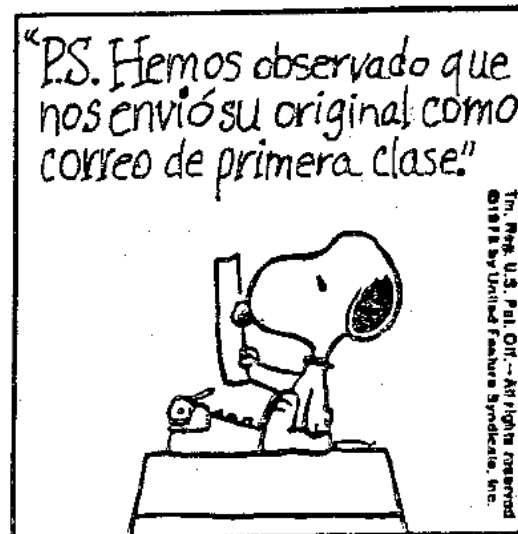








© 1982 United Feature Syndicate, Inc.



## Estos editores (y IV)...





# Presentación y publicación de resultados de investigación clínica en salud perinatal y reproductiva

Alberto Ruano Raviña

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública

Universidad de Santiago de Compostela

**XIII XORNADAS DE SAÚDE PERINATAL E REPRODUTIVA**

