



UNIVERSIDAD DE MURCIA

DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

La calidad del resumen en la nota clínica de
Medicina: características y evolución en los últimos
doce años a través de las bases de datos de
literatura biomédica

D. Antonio Jesús Vázquez Montávez

2015

“No hay enfermedad de la que aún no quede por escribir una descripción más adicional o más completa; ni hay ningún síntoma hasta ahora totalmente explorador”

(John Ray)

“La ciencia moderna es la expresión más elevada del conocimiento, porque no busca, como la teología y la metafísica lo hicieron en otro tiempo, el conocimiento absoluto del por qué, sino sólo el conocimiento relativo del cómo”

(Leo Strauss)

“La estructura de todas las cosas, ya sea un lenguaje, una casa, una máquina, etc. , debe establecerse en términos de relaciones. Para poder hablar de "estructura" debemos disponer de un complejo o red de partes ordenadas e interrelacionadas”

(Alfred Korzybski)

Agradecimientos

La presente tesis doctoral es el resultado de una investigación que ha sido llevada a cabo con la colaboración de diferentes personas que han contribuido, de una manera u otra, al resultado final de la misma.

En primer lugar querría agradecer todo lo que ha hecho el Dr. Luis Miguel Fernández Moreno, director de mi tesis doctoral. Desde que realicé con él mi primer curso del programa de doctorado en 2003, despertó mi espíritu investigador y depositó su confianza en mí para colaborar con él en la publicación de diversos artículos y ponencias. Es mucho el tiempo que ha pasado pendiente de este trabajo, procurando que no haya el mínimo error: sus comentarios, aportaciones y desvelos están muy presentes en el mismo, traspasando el mismo de una esfera simplemente profesional a un trato personal anteriormente impensable. Gracias.

No sólo a mi director de tesis le debo el resultado final de la misma; también querría agradecer de una manera especial la dedicación mostrada por la codirectora de la misma, la Dra. Mónica Izquierdo Alonso, profesora en la Universidad de Alcalá.

Una parte esencial de la tesis ha sido la recogida, selección y vaciado de los resúmenes de los casos clínicos para el análisis de la calidad estructural de los mismos. Esto no habría sido posible sin la estimable y desinteresada colaboración de José Manuel Estrada Lorenzo, bibliotecario en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid; gracias a él, puesto que la biblioteca sólo es utilizada por personal sanitario, pude tener los casos clínicos publicados en papel, almacenados en distintas partes del complejo hospitalario, y el acceso a través de la web de la biblioteca a las revistas online.

No puedo olvidarme del Servicio de Estadística de la Universidad de Murcia, en especial de Aurora González Vidal; gracia a ella, y a su esfuerzo humano y profesional, los datos vaciados de los resúmenes de los casos clínicos han podido ser tratados y analizados de manera pertinente y útil.

Por último, aunque no por ello menos importante, no puedo dejar de dar las gracias a Marian, mi mujer; sin ella este proyecto no hubiera llegado a su fin: gracias por haber gestionado para mí los permisos necesarios para poder acceder a la biblioteca del Hospital Universitario 12 de Octubre y gracias por dedicarme tu tiempo para aclararme ciertas cuestiones médicas necesarias para llevar a cabo este trabajo; pero, ante todo, gracias por tu interés por ver terminado algo que tanto me ilusionaba, gracias por animarme cuando lo necesitaba, por apoyarme en este proyecto, por disfrutar menos de lo deseado de mí, por tener la ilusión de que hiciera este trabajo, por darme la fuerza necesaria... Simplemente, gracias por todo.

Sumario

	Página
Sumario	viii
Índice de tablas	xviii
Índice de figuras	xxvi
Resumen	xxvii
Abstract	xxix
I. INTRODUCCIÓN	1
I.1. Delimitación y revisión del tema	3
I.2. Hipótesis de partida del trabajo.....	4
I.3. Objetivos del estudio	5
I.4. Limitaciones de la investigación	7
II. MARCO TEÓRICO: DISCURSO BIOMÉDICO Y CALIDAD ESTRUCTURAL EN EL RESUMEN DEL CASO CLÍNICO	8
II.1. El discurso científico biomédico: la comunicación del conocimiento en biomedicina y especialización de los géneros biomédicos.....	8
II.1.1. Discurso biomédico y transmisión de conocimiento	9
II.1.2. Los géneros en la comunicación científica	20
II.1.2.1. El género y la perspectiva de análisis de género en los estudios del discurso	22
II.1.2.1.1. Estudios de análisis de género aplicados al análisis del artículo de investigación	24

	Página
II.1.2.1.1.1. Análisis desde el enfoque de género orientado hacia la sección de introducción	29
II.1.2.1.1.2. Análisis desde el enfoque de género orientado hacia la sección de método	37
II.1.2.1.1. 3. Análisis desde el enfoque de género orientado hacia la sección de resultados	39
II.1.2.1.1. 4. Análisis desde el enfoque de género orientado hacia la sección de discusión/conclusiones ..	41
II.1.2.2. Los géneros biomédicos en el discurso médico especializado: artículo original, artículo de revisión, cartas al director y editoriales y estudio de caso	43
II. 2. El caso clínico desde la perspectiva del análisis de género	49
II. 2.1. El caso clínico: Aspectos definicionales generales	50
II. 2.1.1. Categorías de casos clínicos: función y principios constitutivos	53
II. 2.1.1.1. Utilidad y función de los casos clínicos	56
II. 2.1.1.2. Tipología de casos clínicos	60
II. 2.1.1.3. Principios presentes en un buen caso clínico	62
II.2.1.2. El caso clínico en la medicina basada en la evidencia	63
II.2.1.3. La redacción de un caso clínico: reglas a cumplir	64
II.2.1.4. La publicación de casos clínicos	69
II.2.2 Enfoques investigadores del caso clínico en biomedicina	73
II.2.3.- Análisis de género y estructura retórica de los casos clínicos	79
II.2.3.1. Estructura retórica de este género biomédico	79
II.2.3.2. Estudios de análisis de género centrados en el análisis de las <i>moves</i> y <i>submoves</i> de los casos clínicos	80
II.3- La estructura del resumen biomédico y su reflejo en la calidad estructural de los resúmenes de los casos clínicos	95
II.3.1. El resumen documental como género propio: concepto, función y características	96
II.3.1.1. Concepto y cuestiones previas	96
II.3.1.2. Función y objetivos del resumen documental	100

	Página
II. 3.1.3. Características del resumen documental	102
II. 3.2. El resumen en biomedicina	104
II.3.2.1. Tipologías en el resumen biomédico: resumen tradicional narrativo y resumen estructurado	105
II.3.2.2. Estudios sobre la superestructura de los resúmenes en biomedicina	108
II.3.3. Los resúmenes en los casos clínicos	118
II.3.4. La calidad de los resúmenes biomédicos	122
II.3.4.1. Concepto de calidad en el resumen	125
II.3.4.2. Normas, guías y directrices nacionales e internacionales para lograr un resumen de calidad	130
II.3.4.3. Calidad resumidora en biomedicina	136
II.3.4.3.1 valoraciones y listas de control CONSORT y QUOROM	137
II.3.4.3.2 Escritura científica biomédica e instrucciones para autores y revisores de revistas médicas	140
II.3.4.4. Estudios sobre la calidad de los resúmenes estructurados en biomedicina: el caso clínico	144
III. ANÁLISIS DE LA CALIDAD ESTRUCTURAL LOS RESÚMENES DE LOS CASOS CLÍNICOS APARECIDOS EN ACTA CARDIOLÓGICA, ACTA CLÍNICA BÉLGICA Y ACTAS UROLÓGICAS ESPAÑOLAS	160
III.1. Objetivos del diseño operativo	160
III.2. Metodología general para el estudio de los resúmenes de caso clínico	162
III.2.1. Matrices conceptuales	163
II.2.1.1. Estructura de los resúmenes biomédicos según los estudios de estructuras retóricas de documentos científicos en general	164
II.2.1.2. Estructura de los casos clínicos según diversos estudios de autores centrados en el análisis de género biomédico	167
II.2.1.3. Estructura de los resúmenes biomédicos ateniendo a las directrices generales de los comités editoriales, las instrucciones para autores dadas en revistas biomédicas y las normas internacionales	171

	Página
II.2.1.4. Estructura de los resúmenes de los casos clínicos dados para autores e instrucciones a los autores aparecidas en revistas biomédicas	173
III.2.2. Elaboración de un metamodelo estructural de resumen de caso clínico	174
III.3.- Diseño de la investigación	177
III.3.1. Recogida de datos generales: elección de revistas y vaciado de las mismas	177
III.3.1.1. Elección de las revistas objeto de estudio	177
III.3.1.2. Obtención de permisos para su consulta	179
III.3.1.3. Recogida de resúmenes de casos clínicos	180
III.3.1.4. Vaciado de resúmenes en <i>Acta Cardiologica</i>	180
III.3.1.5. Vaciado de resúmenes en <i>Acta Clinica Belgica</i>	182
III.3.1.6. Vaciado de resúmenes en <i>Actas Urológicas Españolas</i> ...	185
III.3.2. Cuestionario para la identificación de elementos de la calidad retórico-informativa en los resúmenes de casos clínicos seleccionados: identificación de variables retórico-discursivas para el estudio	189
III.4. Tratamiento y análisis de datos	193
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	197
IV.1. <i>Acta Cardiologica</i>	197
IV.1.1. Visión global de <i>Acta Cardiologica</i>	198
IV.1.1.1. Aspectos generales	198
IV.1.1.2. Objetivos/Tema	200
IV.1.1.3. Metodología/Pacientes	201
IV.1.1.4. Metodología/ Intervención	203
IV.1.1.5. Metodología/Medidas de variables	205
IV.1.1.6. Resultados	205
IV.1.1.7. Conclusiones	206
IV.1.1.8. Originalidad/Valor	207
IV.1.2. <i>Acta Cardiologica</i> con resumen estructurado	207
IV.1.2.1. Aspectos generales	208
IV.1.2.2. Objetivos/Tema	208
IV.1.2.3. Metodología/Pacientes	209

	Página
IV.1.2.4. Metodología/ Intervención	210
IV.1.2.5. Metodología/Medidas de variables	211
IV.1.2.6. Resultados	211
IV.1.2.7. Conclusiones	212
IV.1.2.8. Originalidad/Valor	213
IV.1.3. <i>Acta Cardiologica</i> con resumen no estructurado	213
IV.1.3.1. Aspectos generales	213
IV.1.3.2. Objetivos/Tema	214
IV.1.3.3. Metodología/Pacientes	215
IV.1.3.4. Metodología/ Intervención	216
IV.1.3.5. Metodología/Medidas de variables	217
IV.1.3.6. Resultados	218
IV.1.3.7. Conclusiones	219
IV.1.3.8. Originalidad/Valor	220
IV.1.4. Análisis de los datos descriptivos	220
IV.1.4.1. Perspectiva global: los datos en su conjunto	220
IV.1.4.2. Resumen estructurado	221
IV.1.4.3. Resumen no estructurado	222
IV.2. <i>Acta Clinica Belgica</i>	223
IV.2.1. Visión global de <i>Acta Clinica Belgica</i>	223
IV.2.1.1. Aspectos generales	223
IV.2.1.2. Objetivos/Tema	224
IV.2.1.3. Metodología/Pacientes	225
IV.2.1.4. Metodología/ Intervención	226
IV.2.1.5. Metodología/Medidas de variables	227
IV.2.1.6. Resultados	228
IV.2.1.7. Conclusiones	229
IV.2.1.8. Originalidad/Valor	229
IV.2.2. <i>Acta Clinica Belgica</i> con resumen estructurado	229
IV.2.2.1. Aspectos generales	230
IV.2.2.2. Objetivos/Tema	230
IV.2.2.3. Metodología/Pacientes	231
IV.2.2.4. Metodología/ Intervención	232
IV.2.2.5. Metodología/Medidas de variables	233

	Página
IV.2.2.6. Resultados	233
IV.2.2.7. Conclusiones	234
IV.2.2.8. Originalidad/Valor	234
IV.2.3. <i>Acta Clínica Belgica</i> con resumen no estructurado	235
IV.2.3.1. Aspectos generales	235
IV.2.3.2. Objetivos/Tema	236
IV.2.3.3. Metodología/Pacientes	237
IV.2.3.4. Metodología/ Intervención	238
IV.2.3.5. Metodología/Medidas de variables	239
IV.2.3.6. Resultados	239
IV.2.3.7. Conclusiones	240
IV.2.3.8. Originalidad/Valor	240
IV.2.4. Análisis de los datos descriptivos	241
IV.2.4.1. Perspectiva global: los datos en su conjunto	241
IV.2.4.2. Resumen estructurado	241
IV.2.4.3. Resumen no estructurado	242
IV.3. <i>Actas Urológicas Españolas</i>	243
IV.3.1. Visión global de <i>Actas Urológicas Españolas</i>	243
IV.3.1.1. Aspectos generales	243
IV.3.1.2. Objetivos/Tema	244
IV.3.1.3. Metodología/Pacientes	245
IV.3.1.4. Metodología/ Intervención	247
IV.3.1.5. Metodología/Medidas de variables	248
IV.3.1.6. Resultados	248
IV.3.1.7. Conclusiones	249
IV.3.1.8. Originalidad/Valor	250
IV.3.2. <i>Actas Urológicas Españolas</i> con resumen estructurado	250
IV.3.2.1. Aspectos generales	250
IV.3.2.2. Objetivos/Tema	251
IV.3.2.3. Metodología/Pacientes	252
IV.3.2.4. Metodología/ Intervención	253
IV.3.2.5. Metodología/Medidas de variables	254
IV.3.2.6. Resultados	254
IV.3.2.7. Conclusiones	255

	Página
IV.3.2.8. Originalidad/Valor	256
IV.3.3. <i>Actas Urológicas Españolas</i> con resumen no estructurado	256
IV.3.3.1. Aspectos generales	256
IV.3.3.2. Objetivos/Tema	257
IV.3.3.3. Metodología/Pacientes	258
IV.3.3.4. Metodología/ Intervención	259
IV.3.3.5. Metodología/Medidas de variables	260
IV.3.3.6. Resultados	261
IV.3.3.7. Conclusiones	261
IV.3.3.8. Originalidad/Valor	262
IV.3.4. Análisis de los datos descriptivos	262
IV.3.4.1. Perspectiva global: los datos en su conjunto	263
IV.3.4.2. Resumen estructurado	263
IV.3.4.3. Resumen no estructurado	264
IV.4. Comparaciones entre las revistas	264
IV.4.1. Aspectos generales	265
IV.4.1.1. Diferencias entre tipo de estructura	265
IV.4.1.2. Diferencias entre revistas	268
IV.4.2. Objetivos/Tema	272
IV.4.2.1. Diferencias entre tipo de estructura	272
IV.4.2.2. Diferencias entre revistas	274
IV.4.3. Metodología/Pacientes	276
IV.4.3.1. Diferencias entre tipo de estructura	276
IV.4.3.2. Diferencias entre revistas	278
IV.4.4. Metodología/Intervención	281
IV.4.4.1. Diferencias entre tipo de estructura	281
IV.4.4.2. Diferencias entre revistas	284
IV.4.5. Metodología/Medidas de variables	288
IV.4.5.1. Diferencias entre tipo de estructura	288
IV.4.5.2. Diferencias entre revistas	290
IV.4.6. Resultados	292
IV.4.6.1. Diferencias entre tipo de estructura	292
IV.4.6.2. Diferencias entre revistas	296

	Página
IV.4.7. Conclusiones	300
IV.4.7.1. Diferencias entre tipo de estructura	300
IV.4.7.2. Diferencias entre revistas	302
IV.4.8. Originalidad/Valor	305
IV.4.8.1. Diferencias entre tipo de estructura	305
IV.4.8.2. Diferencias entre revistas	306
IV.5. Evolución a lo largo de tiempo	307
IV.5.1. Aspectos generales	308
IV.5.1.1. Sin diferenciar revistas	309
IV.5.1.2. <i>Acta Cardiologica</i>	311
IV.5.1.3. <i>Acta Clinica Belgica</i>	313
IV.5.1.4. <i>Actas Urológicas Españolas</i>	314
IV.5.2. Objetivos/Tema	316
IV.5.2.1. Sin diferenciar revistas	316
IV.5.2.2. <i>Acta Cardiologica</i>	318
IV.5.2.3. <i>Acta Clinica Belgica</i>	319
IV.5.2.4. <i>Actas Urológicas Españolas</i>	320
IV.5.3. Metodología/Pacientes	321
IV.5.3.1. Sin diferenciar revistas	321
IV.5.3.2. <i>Acta Cardiologica</i>	323
IV.5.3.3. <i>Acta Clinica Belgica</i>	324
IV.5.3.4. <i>Actas Urológicas Españolas</i>	325
IV.5.4. Metodología/Intervención	326
IV.5.4.1. Sin diferenciar revistas	327
IV.5.4.2. <i>Acta Cardiologica</i>	328
IV.5.4.3. <i>Acta Clinica Belgica</i>	330
IV.5.4.4. <i>Actas Urológicas Españolas</i>	331
IV.5.5. Metodología/Medidas de variables	333
IV.5.5.1. Sin diferenciar revistas	333
IV.5.6.2. <i>Acta Cardiologica</i>	335
IV.5.7.3. <i>Acta Clinica Belgica</i>	336
IV.5.8.4. <i>Actas Urológicas Españolas</i>	337
IV.5.6. Resultados	337
IV.5.6.1. Sin diferenciar revistas	338

	Página
IV.5.6.2. <i>Acta Cardiologica</i>	340
IV.5.6.3. <i>Acta Clinica Belgica</i>	342
IV.5.6.4. <i>Actas Urológicas Españolas</i>	343
IV.5.7. Conclusiones	345
IV.5.7.1. Sin diferenciar revistas	346
IV.5.7.2. <i>Acta Cardiologica</i>	347
IV.5.7.3. <i>Acta Clinica Belgica</i>	348
IV.5.7.4. <i>Actas Urológicas Españolas</i>	349
IV.5.8. Originalidad/Valor	351
IV.5.8.1. Sin diferenciar revistas	351
IV.5.8.2. <i>Acta Cardiologica</i>	352
IV.5.8.3. <i>Acta Clinica Belgica</i>	353
IV.5.8.4. <i>Actas Urológicas Españolas</i>	354
V. CONCLUSIONES	355
VI. FUTURAS INVESTIGACIONES	366
Bibliografía	369
Anexo I. Tablas de datos de <i>Acta Cardiolgica</i>	397
Anexo II. Tablas de datos de <i>Acta Clinica Belgica</i>	459
Anexo III. Tablas de datos de <i>Actas Urológicas Españolas</i>	519
Anexo IV. Evolución a lo largo del tiempo	578

Índice de tablas

Página

II. MARCO TEÓRICO: DISCURSO BIOMÉDICO Y CALIDAD ESTRUCTURAL EN EL RESUMEN DEL CASO CLÍNICO

Tabla 1. Criterios para clasificar los estudios biomédicos. Fuente: elaboración propia a partir de Abramson (1990); Hulley & Cumming (1993); Rebaglato, Pérez Ruiz & Arranz (1996)	17
Tabla 2. Estructura de los estudios biomédicos. Fuente: Bailar [et al.] (1984)	19
Tabla 3. Secciones y secuencias estructurales de trabajos experimentales. Fuente: Weissberg (1990)	26
Tabla 4. Estructura del modelo CARS. Fuente: Swales (1990)	30
Tabla 5. Modelo estructural para la sección de <i>introducción</i> . Fuente: Aluisio & Oliveira (1996)	31
Tabla 6. Modelo estructural para la sección de <i>introducción</i> . Fuente: Samraj (2002)	33
Tabla 7. <i>Moves</i> y <i>steps</i> para el modelo IMRD. Fuente: Kanoksilapatham (2005)	34
Tabla 8. Taxonomía de las distintas secciones de artículos pertenecientes a la rama de psicología. Fuente: Zhang (2012)	36
Tabla 9. Modelo propuesto para la sección de <i>métodos</i> . Fuente: Lim (2006)	38
Tabla 10. <i>Moves</i> retóricas de la sección de <i>resultados</i> . Fuente: Thompson (1993)	39
Tabla 11. Categorías comunicativas para la sección de <i>resultados</i> . Fuente: Brett (1994)	40
Tabla 12. <i>Moves</i> retóricas para la sección de <i>discusión</i> . Fuente: Hopkins & Dudley-Evans (1988)	42
Tabla 13. Información presente en la sección de <i>discusión</i> . Fuente: Ng & Peh (2009)	43

	Página
Tabla 14. Clasificación de los textos médicos. Fuente: Muñoz Torres (2011)	45
Tabla 15. <i>Moves</i> y <i>steps</i> presentes en la estructura de los casos clínicos. Fuente: Hung, Chen & Tsai (2012)	93
Tabla 16. Lista de control para analizar la calidad de los casos clínicos. Fuente: Albrecht [<i>et al.</i>] (2009)	95
Tabla 17. Organización textual de los resúmenes presentados en lingüística aplicada. Fuente: Santos (1996)	112
Tabla 18. <i>Moves</i> presentes en resúmenes en el campo de la lingüística aplicada y la tecnología de la educación. Fuente: Pho (2008)	116
Tabla 19. Pautas para la publicación de tipos específicos de trabajos de investigación. Fuente: Johnson & Green (2009)	137
Tabla 20. Ítems presentes en la estructura de los resúmenes de trabajos científicos según el modelo CONSORT. Fuente: Hopewell [<i>et al.</i>] (2008)	139
Tabla 21. Instrucciones para autores de la revista <i>Ophthalmology</i> . Fuente: Lichter (1991)	142
Tabla 22. Criterios para analizar la calidad de resúmenes de artículos originales de investigación. Fuente: Narine [<i>et al.</i>] (1991)	150
Tabla 23. Parámetros de revisión para establecer la calidad de un buen resumen. Fuente: Izquierdo Alonso & Moreno Fernández (2009)	157

III. ANÁLISIS DE LA CALIDAD ESTRUCTURAL LOS RESÚMENES DE LOS CASOS CLÍNICOS APARECIDOS EN *ACTA CARDIOLÓGICA*, *ACTA CLÍNICA BÉLGICA* Y *ACTAS UROLÓGICAS ESPAÑOLAS*

Tabla 24. Estructura de resúmenes biomédicos según los estudiosos sobre el tema. Fuente: elaboración propia	164
Tabla 25. Estructura de resúmenes biomédicos según los estudiosos sobre el tema. Fuente: elaboración propia	165
Tabla 26. Estructura de resúmenes biomédicos según los estudiosos sobre el tema. Fuente: elaboración propia	166
Tabla 27. Estructura de los casos clínicos según diversos autores. Fuente: elaboración propia	167
Tabla 28. Estructura de los casos clínicos según diversos autores. Fuente: elaboración propia	168

Tabla 29. Estructura de los casos clínicos según diversos autores. Fuente: elaboración propia	169
Tabla 30. Estructura de los casos clínicos según diversos autores. Fuente: elaboración propia	170
Tabla 31. Estructura de resúmenes biomédicos ateniendo a las directrices generales de los comités editoriales, las instrucciones para autores dadas en revistas biomédicas y las normas internacionales.. Fuente: elaboración propia	171
Tabla 32. Estructura de resúmenes biomédicos ateniendo a las directrices generales de los comités editoriales, las instrucciones para autores dadas en revistas biomédicas y las normas internacionales.. Fuente: elaboración propia	172
Tabla 33. Estructura de resúmenes biomédicos ateniendo a las directrices generales de los comités editoriales, las instrucciones para autores dadas en revistas biomédicas y las normas internacionales.. Fuente: elaboración propia	173
Tabla 34. Estructura de los resúmenes de los casos clínicos dados para autores e instrucciones a los autores aparecidas en revistas biomédicas. Fuente: elaboración propia	173
Tabla 35. Estructura de los resúmenes de los casos clínicos dados para autores e instrucciones a los autores aparecidas en revistas biomédicas. Fuente: elaboración propia	174
Tabla 36. Vaciado de los casos clínicos de la revista <i>Acta Cardiologica</i> . Fuente: <i>Acta Cardiologica</i> . Leuven: 2000-2012. ISSN 0001-5385	181
Tabla 37. Detalle pormenorizado del vaciado de la revista <i>Acta Cardiologica</i> . Fuente: <i>Acta Cardiologica</i> . Leuven: 2000-2012. ISSN 0001-5385	182
Tabla 38. Resumen del vaciado de casos clínicos de la revista <i>Acta Cardiologica</i> . Fuente: <i>Acta Cardiologica</i> . Leuven: 2000-2012. ISSN 0001-5385	182
Tabla 39. Vaciado de los casos clínicos de la revista <i>Acta Clinica Belgica</i> . Fuente: <i>Acta Clinica Belgica</i> . 2000-2012. ISSN 2295-3337	184
Tabla 40. Detalle pormenorizado del vaciado de la revista <i>Acta Clinica Belgica</i> . Fuente: <i>Acta Clinica Belgica</i> . 2000-2012. ISSN 2295-3337	185
Tabla 41. Resumen del vaciado de casos clínicos de la revista <i>Acta Clinica Belgica</i> . Fuente: <i>Acta Clinica Belgica</i> . 2000-2012. ISSN 2295-3337	185

Tabla 42. Vaciado de los casos clínicos de la revista <i>Actas Urológicas Españolas</i> . Fuente: <i>Actas Urológicas Españolas</i> . Asociación Española de Urología; Confederación Americana de Urología. 2000-2012. ISSN 0210-4806	187
Tabla 43. Detalle pormenorizado del vaciado de la revista <i>Actas Urológicas Españolas</i> . Fuente: <i>Actas Urológicas Españolas</i> . Asociación Española de Urología; Confederación Americana de Urología. 2000-2012. ISSN 0210-4806	188
Tabla 44. Resumen del vaciado de casos clínicos de la revista <i>Actas Urológicas Españolas</i> . Fuente: <i>Actas Urológicas Españolas</i> . Asociación Española de Urología; Confederación Americana de Urología. 2000-2012. ISSN 0210-4806	188
Tabla 45. Cuestionario para la recogida de datos de los resúmenes de los casos clínicos a analizar. Fuente: elaboración propia a partir de Aitken & Marshall (2007); Bittencourt (1996); Cohen (2006); Froom & Froom (1993); Green & Johnson (2006); Huston & Squires (1996); Izquierdo Alonso & Moreno Fernández (2009); Martín Martín (2003); Moreiro (2002); Narine, Yee, Einarson & Ilersich (1991); Peh (2010); Pho (2008); Sharma & Harrison (2006); Squires (1989); Taddio, Pain, Fassos, Boon, Ilersich & Einarson (1994); Tenopir & Jacso (1993); Timmer, Sutherland & Hilsden (2003) y Wong, Truong, Mahamed, Davidian, Rana & Einarson (2005)	190
Tabla 46. Codificación de variables para el tratamiento y análisis de los datos. Fuente: elaboración propia	193

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Tabla 47. Diferencias entre tipo de estructura relacionadas con los aspectos generales en los resúmenes de casos clínicos. Fuente: elaboración propia	266
Tabla 48. Diferencias entre revistas relacionadas con los aspectos generales en los resúmenes de casos clínicos. Fuente: elaboración propia	269
Tabla 49. Diferencias entre tipo de estructura relacionadas con el objetivo/tema en los resúmenes de casos clínicos. Fuente: elaboración propia	272
Tabla 50. Diferencias entre revistas relacionadas con el objetivo/tema en los resúmenes de casos clínicos. Fuente: elaboración propia	274
Tabla 51. Diferencias entre tipo de estructura en la información relacionada con los pacientes (metodología) en los resúmenes de casos clínicos. Fuente: elaboración propia	276

Tabla 52. Diferencias entre revistas en la información relacionada con los pacientes (metodología) en los resúmenes de casos clínicos. Fuente: elaboración propia	279
Tabla 53. Diferencias entre tipo de estructura en la información relacionada con la intervención (metodología) en los resúmenes de casos clínicos. Fuente: elaboración propia	282
Tabla 54. Diferencias entre revistas en la información relacionada con los pacientes (metodología) en los resúmenes de casos clínicos. Fuente: elaboración propia	285
Tabla 55. Diferencias entre tipo de estructura en la información relacionada con las medidas de variables (metodología) en los resúmenes de casos clínicos. Fuente: elaboración propia	288
Tabla 56. Diferencias entre revistas en la información relacionada con las medidas de las variables (metodología) en los resúmenes de casos clínicos. Fuente: elaboración propia	290
Tabla 57. Diferencias entre tipo de estructura en la información relacionada con los resultados en los resúmenes de casos clínicos. Fuente: elaboración propia	293
Tabla 58. Diferencias entre revistas en la información relacionada con los Resultados en los resúmenes de casos clínicos. Fuente: elaboración propia	296
Tabla 59. Diferencias entre tipo de estructura en la información relacionada con las conclusiones en los resúmenes de casos clínicos. Fuente: elaboración propia	300
Tabla 60. Diferencias entre revistas en la información relacionada con las Conclusiones en los resúmenes de casos clínicos. Fuente: elaboración propia	303
Tabla 61. Diferencias entre tipo de estructura en la información relacionada con la originalidad/valor en los resúmenes de casos clínicos. Fuente: elaboración propia	306
Tabla 62. Diferencias entre revistas en la información relacionada con la originalidad/valor en los resúmenes de casos clínicos. Fuente: elaboración propia	306
Tabla 63. Evolución en el tiempo de los aspectos generales sin diferenciar entre revistas. Fuente: elaboración propia	309
Tabla 64. Evolución en el tiempo de los aspectos generales en <i>Acta Cardiológica</i> . Fuente: elaboración propia	311

Tabla 65. Evolución en el tiempo de los aspectos generales en <i>Acta Clinica Belgica</i> . Fuente: elaboración propia	313
Tabla 66. Evolución en el tiempo de los aspectos generales en <i>Actas Urológicas Españolas</i> . Fuente: elaboración propia	314
Tabla 67. Evolución en el tiempo de la <i>move</i> de objetivos/tema sin diferenciar entre revistas. Fuente: elaboración propia	316
Tabla 68. Evolución en el tiempo de la <i>move</i> objetivos /tema en <i>Acta Cardiologica</i> . Fuente: elaboración propia	318
Tabla 69. Evolución en el tiempo de la <i>move</i> objetivos /tema en <i>Acta Clinica Belgica</i> . Fuente: elaboración propia	319
Tabla 70. Evolución en el tiempo de la <i>move</i> objetivos /tema en <i>Actas Urológicas Españolas</i> . Fuente: elaboración propia	320
Tabla 71. Evolución en el tiempo de la información relacionada con los pacientes (metodología) sin diferenciar entre revistas. Fuente: elaboración propia	321
Tabla 72. Evolución en el tiempo de la información relacionada con los pacientes (metodología) en <i>Acta Cardiologica</i> . Fuente: elaboración propia	323
Tabla 73. Evolución en el tiempo de la información relacionada con los pacientes (metodología) en <i>Acta Clinica Belgica</i> . Fuente: elaboración propia	324
Tabla 74. Evolución en el tiempo de la información relacionada con los pacientes (metodología) en <i>Actas Urológicas Españolas</i> . Fuente: elaboración propia	325
Tabla 75. Evolución en el tiempo de la información relacionada con la intervención efectuada en los pacientes (metodología) en sin diferenciar entre revistas. Fuente: elaboración propia	327
Tabla 76. Evolución en el tiempo de la información relacionada con la intervención efectuada en los pacientes (metodología) en <i>Acta Cardiologica</i> . Fuente: elaboración propia	329
Tabla 77. Evolución en el tiempo de la información relacionada con la intervención efectuada en los pacientes (metodología) en <i>Acta Clinica Belgica</i> . Fuente: elaboración propia	330
Tabla 78. Evolución en el tiempo de la información relacionada con la intervención efectuada en los pacientes (metodología) en <i>Actas Urológicas Españolas</i> . Fuente: elaboración propia	332

Tabla 79. Evolución en el tiempo de la información relacionada con la medida de variables (metodología) en sin diferenciar entre revistas. Fuente: elaboración propia	334
Tabla 80. Evolución en el tiempo de la información relacionada con la medida de variables (metodología) en <i>Acta Cardiologica</i> . Fuente: elaboración propia	335
Tabla 81. Evolución en el tiempo de la información relacionada con la medida de variables (metodología) en <i>Acta Clinica Belgica</i> . Fuente: elaboración propia	336
Tabla 82. Evolución en el tiempo de la información relacionada con la medida de variables (metodología) en <i>Actas Urológicas Españolas</i> . Fuente: elaboración propia	337
Tabla 83. Evolución en el tiempo de la <i>move</i> de resultados sin diferenciar entre las revistas. Fuente: elaboración propia	338
Tabla 84. Evolución en el tiempo de la <i>move</i> de resultados en <i>Acta Cardiologica</i> . Fuente: elaboración propia	340
Tabla 85. Evolución en el tiempo de la <i>move</i> de resultados en <i>Acta Clinica Belgica</i> . Fuente: elaboración propia	342
Tabla 86. Evolución en el tiempo de la <i>move</i> de resultados en <i>Actas Urológicas Españolas</i> . Fuente: elaboración propia	343
Tabla 87. Evolución en el tiempo de la <i>move</i> de conclusiones sin diferenciar entre revistas. Fuente: elaboración propia	346
Tabla 88. Evolución en el tiempo de la <i>move</i> de conclusiones en <i>Acta Cardiologica</i> . Fuente: elaboración propia	347
Tabla 89. Evolución en el tiempo de la <i>move</i> de conclusiones en <i>Acta Clinica Belgica</i> . Fuente: elaboración propia	349
Tabla 90. Evolución en el tiempo de la <i>move</i> de conclusiones en <i>Actas Urológicas Españolas</i> . Fuente: elaboración propia	350
Tabla 91. Evolución en el tiempo de la <i>move</i> de originalidad/valor sin diferenciar entre revistas. Fuente: elaboración propia	351
Tabla 92. Evolución en el tiempo de la <i>move</i> de originalidad/valor en <i>Acta Cardiologica</i> . Fuente: elaboración propia	352
Tabla 93. Evolución en el tiempo de la <i>move</i> de originalidad/valor en <i>Acta Clinica Belgica</i> . Fuente: elaboración propia	353

Tabla 94. Evolución en el tiempo de la *move* de originalidad/valor en *Actas Urológicas Españolas*. Fuente: elaboración propia 354

Índice de figuras

Página

Figura 1. Modelo lingüístico y estructura prototípica de los resúmenes empíricos.

Fuente: Liddy (1991) 111

Resumen

OBJETIVOS: Se analiza la calidad estructural de los resúmenes de casos clínicos aparecidos en *Acta Cardiologica*, *Acta Clinica Belgica* y *Actas Urológicas Españolas* escogiendo como paradigma un metamodelo de resumen elaborado para casos clínicos. Ese referente aglutina toda la información que presupone debe incluir un resumen de caso clínico para tener calidad y ser instrumento eficaz en la RI.

METODOLOGÍA: Para analizar la calidad estructural de los resúmenes que acompañan a los casos clínicos seleccionados en *Acta Cardiologica*, *Acta Clinica Belgica* y *Actas Urológicas Españolas* aparecidos entre 2000 y 2012, hemos diseñado un metamodelo de resumen de caso clínico con las “*moves*” y “*submoves*” que deben formar parte de esos metatextos. Para comprobar si los resúmenes seleccionados se ajustan a ese metamodelo se ha elaborado un cuestionario estructurado con las secciones que debe contener un resumen; dentro de esas secciones existen unas variables que nos indican la presencia o no (ausencia) de una determinada información relacionada con ella. Tras extraer los datos de las revistas se ha procedido al análisis estadístico, utilizando dos pruebas: la Prueba U de Mann Whitney, apropiada cuando la variable independiente (tipo) tiene 2 niveles –resúmenes estructurados y resúmenes no estructurados- y la Prueba H de Kruskal-Wallis, para comparar entre sí las revistas. Ambas medidas usadas por primera vez en un estudio de este tipo. El análisis muestra la descripción de los datos descriptivos, las comparaciones entre tipos de resúmenes y entre revistas y, por último, la evolución en el tiempo de todas y cada una de las “*moves*” y “*submoves*”.

RESULTADOS: Tan sólo el 1% de los resúmenes reflejan la estructura del metamodelo propuesto y sólo el 25% de los resúmenes lo hacen de la estructura del caso clínico al que acompañan. Cada publicación y cada tipo de resúmenes muestra un patrón distinto de comportamiento en los años que van de 2000 a 2012, aunque *Acta Cardiologica* y *Acta Clinica Belgica* ofrecen un comportamiento similar a la hora de incorporar determinada información. Las mayores diferencias se encuentran entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas*, diferencias ubicadas en seis de las ocho

secciones de nuestro cuestionario. En relación con su evolución a lo largo del tiempo no existe una tendencia clara de comportamiento de cada una de las variables en la aparición en el resumen, aunque sí se pueden apreciar diferencias significativas entre unos determinados años. Sin embargo, no revelan ningún patrón concreto, sino que son diferencias esporádicas y puntuales.

CONCLUSIONES: La primera y principal conclusión a la que hemos llegado es que casi ninguno de los resúmenes analizados de las tres publicaciones, tanto estructurados como no estructurados, se adecuan al metamodelo diseñado para establecer la calidad estructural de los resúmenes de los casos clínicos. Los resúmenes estructurados contienen una mayor calidad estructural que los no estructurados y que las mayores diferencias las podemos encontrar entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas*, no existiendo una evolución patente y significativa en lo relacionado con la presencia de una determinada “*move*” y “*submove*” en ninguna de las tres publicaciones. Por todo esto sería recomendable que para mejorar la calidad de los resúmenes se crearan resúmenes estructurados en función de las “*moves*” y “*submoves*” del metamodelo propuesto, para ofrecer más posibilidades de recuperación de información pertinente y eficaz, a la par que se facilita la legibilidad y comprensión del texto.

PALABRAS CLAVE: caso clínico, resumen documental, resumen científico, calidad del resumen, estructura del resumen documental, notas clínicas, revistas científicas, revistas médicas, revistas de biomedicina, *Actas Urológicas Españolas*, *Acta Cardiologica*, *Acta Clinica Belgica*

Abstract

OBJECTIVES: The aim of this text is to analyze the structural quality in case report abstracts included in *Acta Cardiologica*, *Acta Clinica Belgica* and *Actas Urológicas Españolas* (medical journals) using an elaborated abstract metamodel as classification paradigm. This so called “metamodel” would include all the information a case report abstract should include in order to meet the expected quality for a document of this type and to play an efficient role in the information retrieval (IR) process

METHODOLOGY: With the aim of analyzing the structural quality of the abstracts included in selected case reports (extracted from *Acta Cardiologica*, *Acta Clinica Belgica* and *Actas Urológicas Españolas* between 2000 – 2012), a metamodel was created using the *moves* and *submoves* that should be part of the above mentioned metatexts. In order to check if the selected abstracts followed this metamodel, an structured questionnaire was created detailing all the sections to be included in a document of this type. The different variables the questionnaire includes let us know if selected target information is present in the subsequent texts or not. A statistic analysis was completed with the collected data using 2 tests: Mann–Whitney U test (if independent variable (type) has 2 levels, structured and non-structured abstracts) and Kruskal–Wallis test, used to compare the different journals. This is the first time both measurements were used in a study like this. The analysis outlines the descriptive data, the comparisons between the different abstracts and journals and the evolution of all and each of the “*moves*” and “*submoves*” across time.

RESULTS: Only 1% of the analyzed abstracts follow the proposed metamodel structure. Only 25% of them follow the structure of the case report they precede. Each publication and each abstract type show a different behavior pattern (during the tested period between 2000-2012). Nevertheless, *Acta Cardiologica* and *Acta Clinica Belgica* follow similar structures on the way they include selected information. The main differences (six of the total eight sections of the questionnaire) are found between *Acta Cardiologica* and *Actas Urológicas Españolas*. As per their behavior during the period, there is no clear trend on how each of the variables behaves when they are included in

the abstracts, with significant differences if specific years are compared. This does not imply a specific pattern is followed, but only the presence of random and punctual differences.

CONCLUSIONS: Hardly any of the analyzed abstracts (both structured and non-structured) from the 3 selected publications would follow the metamodel designed to rate the structural quality of the case report abstracts. Structured abstracts would have a higher structural quality than the non-structured ones. The most significant differences can be found between *Acta Cardiologica* and *Actas Urológicas Españolas*. The presence of selected *moves* or *submoves* would not imply a significant evolution in any of the 3 analyzed publications. In order to improve the quality of the abstracts, we would strongly recommend to create abstracts structured upon the stated moves and submoves included in the proposed metamodel. This would not only expand the IR choices in a pertinent and efficient manner, but also make the text easier to read and understand.

KEYWORDS: case report, document abstract, scientific abstract, abstract quality, abstract structure, clinical notes, scientific journals, medical journals, biomedical journals, *Actas Urológicas Españolas*, *Acta Cardiológica*, *Acta Clinica Belgica*

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación se enmarca dentro de una línea interdisciplinar de estudio del análisis del discurso denominada “análisis de género como metodología documental para la representación y recuperación del conocimiento”. En ella se parte de los enfoques metodológicos de la socio-retórica y la pragmática interaccional que complementan los tradicionales enfoques lingüísticos y psicocognitivos para el estudio de la representación documental. Desde esta base, nos aproximamos al estudio del resumen documental como herramienta de tratamiento y recuperación de información en un ámbito discursivo de especialidad: el de la biomedicina. Partimos de la consideración del discurso académico-científico dentro de este contexto comunicativo y, más específicamente, nos centramos en el análisis de un género biomédico, el estudio de caso o caso clínico, como canal de comunicación de hallazgos y evidencias científicas para la comunidad de investigadores en ciencias de la salud y profesionales de la práctica sanitaria.

El análisis del *resumen documental* del *estudio de caso* o *caso clínico* no se ha abordado desde el punto de vista documental y las directrices sobre su elaboración vienen de mano de las asociaciones y guías editoriales de revistas médicas o de manuales de escritura y estilo para publicaciones biomédicas. Sí existen estudios en el área de la retórica contrastiva y lingüística aplicada orientados al discurso biomédico que, aunque enriquecen nuestra perspectiva, no cubren los aspectos de representación y recuperación informativo-documental. El campo del discurso biomédico ha sido tratado desde disciplinas como el inglés para fines específicos/fines médicos (Maher 1986; Vázquez del Árbol 2002; Mendiluce 2004) o la traductología con numerosos estudios, desarrollados sobre todo durante el primer quinquenio de siglo (Muñoz Torres 2011), orientados a cuestiones relacionadas con la escritura académica médica en inglés y español (retórica contrastiva intercultural) y al análisis retórico entre diferentes tipos de textos biomédicos, con fines didácticos de traducción o de enseñanza de una segunda lengua. Desde estas áreas surgieron un gran cúmulo de reflexiones, más o menos sistematizadas, revelándose la importancia del discurso de especialidad, y del resumen biomédico aplicados a distintas tipologías. Consideramos todas estas bases epistemológicas porque asumimos que los estudios sobre el resumen tienen sentido

desde la interdisciplinariedad y es especialmente este punto de encuentro de principios, modelos y técnicas lo que les enriquece y hace progresar hacia una consolidada entidad disciplinar.

El tema de esta tesis conjuga dos intereses: nuestra vocación investigadora dentro del mundo de la organización y recuperación de información por el resumen documental y nuestra relación con el dominio disciplinar del ámbito biosanitario. Se nos proyecta así una motivación de estudio que completa y enriquece la visión interdisciplinar del campo del resumen desde los estudios de la lingüística aplicada (inglés para fines académicos, estudios de traducción, análisis del discurso y teoría lingüística, escritura académica, etc.) y, al mismo tiempo, complementa las aportaciones al estudio de este instrumento documental desde la perspectiva del análisis documental de contenido. Asimismo, tenemos en mente a los profesionales de la salud y queremos atraer su atención sobre un aspecto clave del proceso de redacción científica de un caso clínico: la elaboración del resumen desde consideraciones formales, semánticas y estilísticas.

En relación a nuestro propósito básico fueron surgiendo a lo largo del desarrollo de este trabajo varias cuestiones relacionadas con aspectos teóricos y prácticos que fueron constituyendo nuestros problemas de investigación y configurando nuestras hipótesis de partida o nutriendo nuestra agenda de futuras investigaciones:

- El problema denominacional de la nota y el caso clínico: qué se entiende por nota o caso y una vez claro cuál es la estructura. Ello nos llevaría a cuestiones de géneros y subgéneros textuales y a un estudio más detenido de las funciones comunicativas de uno u otro tipo de evento.
- La inexistencia en las normas documentales de pautas para otro tipo de resumen que no sea el del artículo científico y la necesidad de un estudio de variables retóricas estructurales para otros tipos textuales del ámbito biomédico.
- La urgencia de una cooperación necesaria entre todos los actores implicados en la producción y comunicación de literatura biomédica: gestores de información, editores de revistas biomédicas, asociaciones y comités encargados de la redacción y estilo de literatura biomédica y autores.

I.1. Delimitación y revisión del tema

Son muchos los autores que han estudiado el discurso biomédico y los textos médicos desde una noción de *género*, bien desde el ámbito de la traducción, la enseñanza del inglés para fines específicos o la lingüística aplicada: el *artículo original* (Nwogu 1997; Mendiluce 2004; Mendiluce, Hernández 2004, 2005; etc.); *artículo de revisión* (Mulrow 1987, 1988; Huth 1987; Squires 1989; Morales 2008; Morales, González & Tona 2006; etc); *cartas al director y editoriales* (Vázquez y del Árbol 2002, 2004, 2005); *el estudio de caso o caso clínico* (Olivier del Olmo 2004; Morales 2008; Muñoz Torres 2011; etc).

Todos los enfoques comparten los principios fundamentales del análisis de género y la perspectiva de las comunidades discursivas pero el fin al que orientan sus investigaciones difiere de nuestros intereses, enfocados hacia la organización del conocimiento y recuperación de información. El resumen documental constituye una operación semiótica-textual, un acto comunicativo con una función eminentemente documental (lo que le dota de especificidad frente a otros tipos de resúmenes), una actividad en la que intervienen sujetos y que se desarrolla en un contexto social determinado o dominio de especialización. Subrayamos, sin embargo, que los estudios sobre el resumen tienen sentido desde la interdisciplinariedad y es especialmente este punto de encuentro de principios, modelos y técnicas lo que les enriquece y hace progresar hacia una entidad disciplinar definida en el mundo del tratamiento y recuperación de la información. En este sentido, destacamos tres enfoques fundamentales: la aproximación lingüístico-textual, la aproximación retórica, y el enfoque pragmático y sociocognitivo, del que participamos más estrechamente.

Los estudios desde la perspectiva del *análisis del discurso* y la *lingüística aplicada* se centran en el resumen, considerado como género textual, atendiendo a sus características estructurales, sintáctico gramaticales y terminológicas. El objetivo es caracterizar los discursos de las distintas comunidades socio-retóricas y disponer de estrategias adecuadas para la redacción de los distintos tipos y géneros textuales desde la elección de macroestructuras retóricas adecuadas, progresiones temáticas secuenciadas con organizadores o marcadores discursivos y análisis fraseológicos y léxico-gramaticales (estudio de verbos como determinantes de acciones, uso de matizadores y atenuantes, etc). Desde el área del *inglés para fines específicos*, y con una perspectiva de análisis contrastivo, destacan los trabajos sobre resumen médico de

Leonor Pérez Ruiz (1999) y Mendiluce Cabrera (2004 a, 2004b, 2005). De estas mismas características se nutren los trabajos que podemos incluir dentro de la *escritura académica médica* como los de Morales (2007, 2008) centrados en el estudio retórico del caso clínico.

Otra de las ramas que abordan este tipo de metodologías retórico-discursivas son los estudios de discurso médico especializado en *traducción médica* que identifican los rasgos característicos de los textos médicos y configuran un marco para el análisis contrastivo y traductológico para los diferentes géneros médicos. Esta línea pertenecen los trabajos de Vázquez y del Árbol (2002, 2005) y Muñoz Torres (2011).

Finalmente, mencionamos otra serie de investigaciones que, aplicando el enfoque de análisis de género se encuentran orientados al análisis de modalizadores en resúmenes médicos, e intentan contribuir a la mejora de la escritura médico-académica (Salager-Meyer 1992, 1994, 1996, 2003); Zhao & Tao 2013; etc).

I.2. Hipótesis de partida del trabajo

Partimos de la idea de que es necesario identificar la estructura retórica de un texto para poder realizar un resumen documental de calidad que refleje todos los elementos retórico-formales y de contenido de dicho texto. En el caso del discurso biomédico, y para el género específico del estudio de caso o caso clínico, no existe una delimitación consistente de su estructura esquemática o retórica que se refleje en una estructura o formato estructurado de resumen documental para las diferentes especialidades médicas, al igual existe para otro género tipo más estudiado y convencionalizado retóricamente como el artículo original.

Asumimos que todos los tipos textuales que pertenecen a un mismo género han de compartir las mismas convenciones genéricas, adaptándose a las regularidades sociopragmáticas, estructurales, morfosintácticas y terminológicas de dicho género.

Del mismo modo, consideramos que:

- a) dentro de un mismo género, en nuestra investigación específica el caso clínico en el campo de la biomedicina, y atendiendo a las diferentes funciones comunicativas del discurso para cada especialidad médica, existirán diferencias discursivas *inter-especialidad* para los distintos géneros y subgéneros

biomédicos (caso clínico en enfermería, caso clínico en psiquiatría, caso clínico en odontología, caso clínico en cardiología ...)

- b) dentro de una misma especialidad existirán también pequeñas *variantes intra-genéricas*, dependiendo de la función textual y diseño metodológico al que se ajuste cada tipo de estudio médico, configurándose así un mapa de variables para los diferentes tipos de caso clínico dentro de una misma especialidad médica.

La identificación de la estructura textual de los diferentes géneros y subgéneros en un discurso especializado, en este caso el discurso biomédico, incide en la redacción y calidad del resumen documental, permitiendo integrar y diferenciar en su estructura todos los elementos que dan consistencia interna, y validez externa a un estudio médico, facilitando el análisis crítico de la literatura biomédica y la difusión de las evidencias científicas y contribuyendo, por tanto, a la mejora de la práctica clínica.

Creemos que el problema de la estructura de los géneros, sin duda influenciado por la claridad metodológica de los diseños de investigación y por el valor que se le da a determinado tipo de literatura biomédica, tiene su reflejo en la homogenización estructural que presentan los distintos resúmenes estudiados para uno u otro tipo textual analizado. En el caso de la enfermería está claro el valor que se le da a las notas y casos clínicos, siendo éste un tipo comunicativo con una doble función comunicativa: científica y didáctica. Esta cuestión funcional de las notas y los artículos de casos sería objeto de un detenido estudio ya que en determinados campos, como el de la medicina basada en la evidencia, es de sumo interés y actualidad. Por otra parte, mejoraría la calidad de las notas y casos clínicos como canales prioritarios de comunicación en determinados sectores de las Ciencias de la salud, frente a los canales tradicionales como el artículo de investigación

I.3. Objetivos del estudio

El objetivo general es identificar un patrón retórico-formal para los estudios de caso o casos clínicos de las especialidades médicas consideradas en nuestro trabajo (cardiología, urología y medicina interna) que nos permita definir un *modelo estructurado de resumen para el caso clínico*, como herramienta documental que

optimice la comunicación y difusión de evidencias científicas para este tipo de literatura médica, mejorando también la práctica clínica.

Con ello, pretendemos también ampliar la naturaleza y características de los estudios de resumen documental realizados en el campo de la información y documentación, desde un punto de vista interdisciplinar, considerando la perspectiva de la lingüística aplicada, la retórica y el análisis del discurso especializado.

Para la consecución y operativización de este macroobjetivo nos formularemos una serie de sub-objetivos que nos guiarán también en el intento de dar respuesta a las hipótesis formuladas en el diseño de nuestra investigación. Son los siguientes:

- Mejorar el estatus científico del resumen documental, contribuyendo con este trabajo de investigación a ampliar el rigor de los estudios del resumen y la capacidad explicativa de su actividad comunicativo-documental, atendiendo a su naturaleza compleja y a la diversidad de escenarios disciplinares y géneros discursivos en los que se puede elaborar un resumen.
- Analizar el estudio de caso o caso clínico como tipo de texto específico, esencial en la comunicación biomédica.
- Identificar y definir la estructura retórica del caso clínico biomédico como elemento básico de género que nos permita establecer los elementos estructurales que ha de tener un buen resumen documental de calidad para este tipo de discurso biomédico. análisis de los discursos especializados.
- Profundizar en el caso clínico desde diferentes especialidades médicas, precisándolo conceptualmente y diseñando una propuesta integradora de su estructura retórica. Este último objetivo puede desplegarse en otros objetivos a su vez más específicos:
 - Delimitar y describir los elementos formales y características retóricas del resumen del caso clínico, género discursivo esencial dentro de la literatura biomédica
 - Analizar la calidad estructural de los resúmenes de los casos clínicos en las diferentes especialidades médicas de seleccionadas para la muestra de estudio: Cardiología, Medicina Interna y Urología.
 - Identificar regularidades y disimilitudes en las convenciones retórico-estructurales de los casos clínicos analizados en la muestra de estudio.

- Proponer la normalización de la estructura del resumen del caso clínico basándonos en las propuestas realizadas por diferentes autores en diversos estudios llevados a cabo y por los comités editoriales de las revistas así como por las evidencias de los *moves* retóricos resultantes de las muestras de estudios clínicos analizados.
- Realizar un estudio intra-género dentro de las tipologías de las muestras estudiadas para considerar si hay subgéneros dentro del género biomédico *caso clínico*, atendiendo a variaciones estructurales relacionadas con las temáticas de las diferentes especialidades médicas, y a diseños metodológicos específicos para los distintos estudios (metodologías) desde las que se puede abordar un caso clínico.

I.4. Limitaciones de la investigación

Somos conscientes del ambicioso objetivo del estudio ya que en los procesos de calidad documental influyen múltiples factores (autores, sistemas de información, contexto, usuarios, etc.). Asimismo, existe un problema denominacional respecto a qué se entiende por nota y caso clínico que habría ser objeto de un estudio más detenido, pues la naturaleza y la función de estos dos tipos determinarían la proyección de su estructura textual y, por ende, la presentación de su resumen estructurado en cuanto a secciones y tipo de contenido a incluir en cada una de éstas los comités editoriales más prestigiosos y las propias normativas de estilo tampoco se centran en estas cuestiones nominativas que mencionan de soslayo. Esto no resulta baladí ya que determina una estructura u otra para los tipos textuales. Al mismo tiempo, son estos mismos comités y editoriales los que diseñan las directrices y guías para la elaboración de resúmenes científicos en sus revistas, determinando la estructura de dichos resúmenes. Sin embargo, no todas las revistas tienen unas guías claras para la redacción de resúmenes de casos clínicos, quedando la cuestión al arbitrio de los autores que siguen un modelo genérico en su redacción, acorde con la estructura del propio caso clínico: introducción, descripción del caso y conclusión.

Por otra parte, los resultados obtenidos se ven condicionados por la muestra seleccionada y los subdominios científicos analizados dentro de la amplia rama de las Ciencias de la Salud.

II. MARCO TEÓRICO: DISCURSO BIOMÉDICO Y CALIDAD ESTRUCTURAL EN EL RESUMEN DEL CASO CLÍNICO.

En este epígrafe abordaremos el marco contextual en el que se insertan los estudios de género discursivo desde el concepto de comunidad discursiva (la biomédica) y géneros/ textos especializados, como canales de comunicación normalizados para las prácticas de dicha comunidad científica. Describiremos el marco del discurso biomédico para descender hacia el análisis del *caso clínico* revisando el concepto, tipología así como sus convenciones genérico-estructurales y metadiscursivas para concluir finalmente con el resumen documental de dicho género de especialidad.

II.1. El discurso científico biomédico: la comunicación del conocimiento en biomedicina y especialización de los géneros biomédicos

Nuestra sociedad ha visto cómo ha ido avanzando y progresando gracias a la ciencia, al desarrollo científico y a los estudios derivados de ellos dos. Los grandes descubrimientos, desde el origen de los tiempos, se han debido a personas con inquietudes que, apoyándose en teorías y trabajos anteriores o siendo innovadores, han sabido ampliar el conocimiento, ayudando a una mejora sustancial de nuestro entorno. Este desarrollo del conocimiento no habría sido posible si dichos hallazgos y teorías no se hubieran plasmado en unos determinados documentos científicos que dejaran constancia de ello y que, por otra parte, son la base para los estudios posteriores; documentos, todos ellos, de muy distinto género y categoría. En esta primera parte del trabajo vamos a analizar cuáles son esos documentos, sus características y su función, tanto de los documentos científicos en general como los del género documental biomédico y, más específicamente, los casos clínicos que constituyen el núcleo de nuestra tesis.

II.1.1. Discurso biomédico y transmisión de conocimiento

La ciencia ha sabido adaptarse a los cambios que se han ido produciendo en la sociedad, aunque sería más correcto decir que nuestro mundo se ha adaptado y progresado gracias a los avances científicos. Estos avances han creado un nuevo tipo de discurso, el lenguaje científico, que se ha convertido en una herramienta fundamental para el intercambio de información y conocimiento. Tanto es así que este lenguaje se ha visto diversificado según la disciplina en la que se desarrolla y materializado en distintos tipos de trabajos científicos, aunque todos ellos con un base común y una macroestructura que hacen que todos compartan una misma raíz.

Desde el origen de la escritura, ha existido la noción de género documental, aunque no haya habido cuenta de ello. Sin querer, desde el nacimiento de aquella, los diferentes tipos documentales se han identificado con distintos tipos de letras, formatos, estructuras, ornamentación y almacenamiento. Con el paso del tiempo esos géneros se han ido identificando con distintas disciplinas y distintos tipos de lenguajes que han puesto de manifiesto la estructura determinada de cada una de las ciencias y de su forma de difundir el conocimiento. El lenguaje es un instrumento al servicio de la comunicación, identificando el lenguaje como estructura de la comunicación (Rubio 1998).

El lenguaje científico, y por tanto su discurso, ha sido una muestra de lo que acabamos de enumerar. A lo largo de los siglos ha ido adquiriendo unas características inherentes y que lo han hecho diferente de lenguajes utilizados en otras disciplinas. Por ello, este lenguaje científico se convierte en un lenguaje especializado, paralelo al lenguaje general, que se transforma y cambia según evoluciona la estructura de la sociedad. A medida que se incorporan nuevos conocimientos, los anteriores, progresivamente, dejan de ser especializados y van pasando a considerarse parte del conocimiento general de la sociedad. Esta constante reformulación produce un trasvase continuo que hace casi imposible determinar claramente las fronteras entre lo general y lo especializado (Mendiluce Cabrera 2004).

Dentro de los lenguajes especializados figura el lenguaje científico-técnico, basado en las características del conocimiento científico que resume Bobenrieth Asteste

(1998): fáctico, metódico, analítico, transcendental, explicativo, verificable, simbólico¹, claro y preciso, predictivo, abierto, comunicable, perseverante y útil.

La comunicación científica se ubica dentro de la comunicación humana y está íntimamente relacionada con los lenguajes especializados, y, por ende, presupone un alto grado de especialización temática y cognitiva por parte de quien emplea este lenguaje (Mendiluce Cabrera 2004). Este tipo de discurso científico, para Oliver del Olmo (2004) se caracteriza por tener un emisor y un receptor especialista en un mismo campo o bien ser un receptor con amplios conocimientos del campo para no tener problemas en la comprensión. La escritura científico técnica es, por tanto, un acto de comunicación dinámico que implica una interacción entre científicos, técnicos o ingenieros que pertenecen a una misma comunidad científica. En este proceso comunicativo el escritor transmite ideas, conceptos, información y descubrimientos inéditos de manera clara, concisa y precisa a una audiencia especializada en su mismo campo científico. Esta transmisión de conocimiento e ideas, para que sea efectiva, debe ajustarse a las necesidades de la audiencia, seleccionando el tipo de lenguaje que puede entender, el nivel de dificultad apropiado, y la cantidad de material que necesita, de modo que la interpretación de esta información se asemeje lo más posible a la intencionalidad del escritor, el cual debe conocer y entender los factores que afectan al contexto en el que tiene lugar este tipo de interacción humana. En este tipo de género, estos factores hacen referencia a los diversos tipos documentales (desde un artículo científico, artículo de divulgación, artículo de revisión, nota, ensayo clínico...), sus normas de estilo y diversos criterios científicos, lingüísticos y estilísticos (Duque García 1999), como más tarde veremos.

El lenguaje científico influye en el pensamiento, en la elaboración de las hipótesis y en las clasificaciones de las ciencias; de aquí se deduce que este lenguaje es una parte indispensable de la metodología de la ciencia: no se puede aprender una ciencia sin aprender su lenguaje corriente (Gutiérrez Rodilla 1998).

De una manera casi categórica se relaciona al lenguaje científico con la función representativa del lenguaje, dado que su fin más importante es transmitir conocimientos, conceptos, teorías..., de la manera más neutra posible. Y es cierto que la misión fundamental del texto científico –aunque pueda cumplir otras- es la de informar (García 2007). Ese cometido fundamental es el que determina la presencia de lo que muchos

¹ Esta es la característica que enmarca al lenguaje científico, ya que este conocimiento utiliza un lenguaje cotidiano que va más allá, creando para ello un lenguaje con palabras, signos y símbolos que suelen someterse a distintas reglas.

autores interpretan como las características principales del discurso científico (Gutiérrez Rodilla 2005), que se verán reflejadas, y compartirán características, en los distintos documentos que forman parte de la comunicación científica, y que tenderán a interpretarse como una meta hacia la que debe tender este tipo de discurso. Entre las características más citada por autores y estudiosos se encuentran la claridad, la concisión, la precisión, sencillez y naturalidad, la objetividad y neutralidad, la economía y la fluidez y la organización (Alley 1994; Bobenrieth 1994; Gutiérrez Rodilla 1998; Gutiérrez Rodilla 2005; Mendiluce Cabrera 2004). Salager-Meyer (1994 p.150) ilustra muy bien esta premisa de la siguiente manera:

“Today’s scientists are urged to use a style of writing wich projects both personal modesty and honesty. Argumental arrogance and exuberance are not well regarded by the scientific community.”

A éstas, Duque García (1999) suma otras recogidas del análisis que hacen otros autores y que resume en las siguientes: transparencia, legibilidad o accesibilidad, audiencia, corrección gramatical, uso de figuras estilísticas y elementos léxico-gramaticales. Esto último, es en lo que la mayoría de estudiosos coinciden: el elemento caracterizador del lenguaje científico es el vocabulario que emplea –la mayoría construido a partir de vocablos griegos y latinos y con una gran velocidad de crecimiento- compuesto por las categorías gramaticales de nombres, adjetivos y verbos que, coincidentes con los que se suelen manejar en el registro común, pierden gran parte de su contenido semántico para cumplir casi exclusivamente funciones sintácticas (Gutiérrez Rodilla 1998). Este vocabulario específico, que constituye un conjunto de tecnicismos, redundante en beneficio de la comunidad internacional ya que se eliminan así fronteras lingüísticas nacionales o regionales, haciendo del proceso de comunicación científico algo universal.

Bobenrieth (1994) describe de una manera bastante plástica lo que debería ser el “estilo científico”, de alcance nacional como internacional, en contraposición con el “estilo literario”. Destaca que este estilo se caracteriza por: ser primariamente informativo y persuasivo; racional y factual; objetivo; impersonal y desinteresado; sacrifica el deseo de originalidad estilística a la expresión concisa y clara de los datos; trata de comunicar lo concreto; descubre una realidad vivida; presenta información comprobable; muestra, ocasionalmente demuestra; está libre de jerga y pomposidad; evita modismos lugareños; es transparente y elimina toda ambigüedad; va directamente al punto y especifica; presenta un punto de vista sin dejar entrever predilecciones

personales o emociones; distingue hechos de opiniones; invita al diálogo y a la discusión; usa términos y formas convencionales; sigue un orden preestablecido; obedece al concepto lineal de tiempo y espacio; explica los conceptos difíciles; y enseña, adoctrina y adiestra.

Un aspecto importante en este lenguaje científico, y que se convierte en una nueva característica, es el uso de diversos mecanismos para presentar los conceptos que se pretende transmitir; entre ellos se suele recurrir a dibujos, esquemas, planos, fórmulas, diagramas, modelos, cuadros... (Gutiérrez Rodilla 2005) y a abreviaturas, números, unidades de medida, estadísticas y nomenclaturas que deberían responder a convenciones normalizadas internacionalmente (Huth 1992), aunque no siempre es el caso. Gutiérrez Rodilla matiza que la importancia de estos recursos no reside en la peculiaridad de tal uso sino en la frecuencia de uso, ya que su utilización va desde reforzar la información que se transmite mediante el lenguaje hasta favorecer la aprehensión de conceptos complejos y difíciles de captar.

Todas estas características se ven reflejas en los textos científicos en la forma de presentar y ordenar el conocimiento. La macroestructura de un texto es una representación abstracta, de naturaleza semántica, de la estructura global de significado de un texto (Van Dijk 1983); en función de esto podemos distinguir que en todos los documentos científicos-técnicos hay una *macroestructura externa* (estructuración externa) y una *macroestructura interna* (estructuración interna o superestructura) (García 2007). Según esta autora, la externa se correspondería con las divisiones estandarizadas o secciones del texto que permiten su descripción ordenada; en cambio, la macroestructura interna sería la ordenación de un texto en secuencias o procedimientos de base semántica que posibilitan el despliegue temático: narrativa, descriptiva, expositiva e instruccional.

Todo esto hace que en la ciencia, donde la comunicación se encuentra restringida por la búsqueda de condiciones unívocas de interpretación, el lenguaje se utilice para fijar al máximo las condiciones de objetividad, que antes hemos mencionado como una de las características del lenguaje científico. Por esta razón, la estructuración lingüística de la comunicación científica es especialmente evidente (Rubio 1998).

El lenguaje científico se ha ido adaptando a cada una de las disciplinas científicas que conocemos, como hemos comentado anteriormente. Una de ellas ha sido la

biomedicina, que ha visto cómo gracias a su especialización lingüística el intercambio de conocimiento ha sido todo un éxito y ha permitido el desarrollo de la misma.

Pero no hay un único lenguaje científico. Esto se utiliza como una etiqueta que, por conveniencia, se utiliza para denominar diferentes formas de expresión usadas en la ciencia; es decir, podemos, con toda cautela, afirmar que existe un lenguaje de la medicina, uno de la química, uno de las matemáticas... con características diferentes para cada uno de ellos, pero lo que tienen en común es más importante que lo que los separa, por eso esta denominación conjunta (Gutiérrez Rodilla 2005).

Nosotros nos vamos a centrar, dado el cariz de nuestro estudio, en uno de esos “tipos de lenguajes científicos”, concretamente en el lenguaje biomédico². Éste comparte las características generales de los lenguajes científicos que antes hemos comentado (Alley 1994; Bobenrieth 1994; Gutiérrez Rodilla 1998; Gutiérrez Rodilla 2005; Mendiluce Cabrera 2004), aunque tiene otros rasgos que lo hacen distinto del resto de los llamados “lenguajes científicos”.

La importancia del lenguaje en la profesión médica ha sido puesta de manifiesto en estudios llevados a cabo tanto por lingüistas como por profesionales de la medicina, dado que constituye el principal medio de difusión de la propia experiencia médica para lograr una intercomunicación entre los especialistas. Méndez Cendón (2002), tomando como base la afirmación de Lankamp de que el lenguaje biomédico no es homogéneo y en el que identifican varios tipos de registros médicos dependiendo de la forma de transmisión del mensaje y de la finalidad del mismo, distingue entre³:

- El registro médico propiamente dicho, de experto a experto.
- El registro médico de carácter didáctico, es decir, de experto a estudiante de una especialidad.
- El registro médico de carácter técnico, esto es, el que tiene lugar entre el experto y los técnicos auxiliares.
- El registro del periodismo médico, de experto a alguien interesado en el tema.
- El registro médico empleado entre el doctor y el paciente.

² Indistintamente durante todo el trabajo se utilizará el término biomédico como sinónimo de lenguaje médico y viceversa.

³ Esta autora toma los ejemplos de Lankamp, R.E. 1988. *A study on the effect of terminology on L2 Reading Comprehension*. Amsterdam, Rodopi.

Independientemente de estos tipos de registros, podemos afirmar, considerándose una característica más a unir a las anteriores, que el lenguaje biomédico es un lenguaje universal, global e internacional, procediendo en su mayoría de la adopción de prefijos, sufijos o medios de composición de palabras de procedencia griega y latina y de términos ingleses. A esto se suma, como universalización de la misma, el uso de epónimos, esto es, la denominación de enfermedades, patologías o síntomas, con el nombre de su descubridor.

Una nota curiosa que estudia Gutiérrez Rodilla (2003, p. 61) es la relación que existe entre la medicina y la literatura, que viene a apoyar lo dicho en el párrafo anterior, y que va a marcar el desarrollo de su práctica. Esta autora afirma que:

“la medicina, como la ciencia en general se ha servido siempre a lo largo de su historia de recursos y géneros que parecen más propios del ámbito literario: bien porque se expresan los contenidos médicos mediante estructuras del tipo de las sentencias, los refranes, etc... bien porque se usan figuras retóricas, especialmente comparaciones y metáforas, aparentemente más propias del discurso literario que del científico.”

Esto parece lógico, sigue advirtiendo Gutiérrez Rodilla, si nos damos cuenta que la difusión de los resultados científicos en épocas anteriores se hacían de forma distinta, debido a que no existía la fotografía ni otros medios de precisión para representar la realidad.

Todo esto hay que tenerlo muy en cuenta cuando un investigador en biomedicina se dispone a poner por escrito sus investigaciones y sus hallazgos. Vázquez y del Árbol (2006, p. 307-308) lo describe muy bien en esta afirmación:

“La escritura científica es producto de los avances del día a día, del interés por saber y comunicar en una de las áreas de investigación más transcendentales. De esta manera, se caracteriza por el tratamiento de temas específicos, destinados inicialmente a una audiencia especializada. Es evidente que el discurso de la especialidad científica se distingue por cierta complejidad estilística, a pesar de que su fin sea de carácter eminentemente práctico y funcional. Por un lado, la teoría se caracteriza por una necesidad imperiosa de comunicar los hechos, análisis, métodos empleados y resultados con un estilo adecuado, es decir, de una manera clara, transparente, imparcial, objetiva, precisa y concisa. Por otro, nos encontramos, en la práctica, con una latente complejidad sintáctica (con abuso de la voz pasiva), unas estructuras rebuscadas y exposición poco clara de razonamientos; todo ello adornado con el empleo de calcos, términos especializados, neologismos y diversos recursos lingüísticos y estilísticos, tales como la metáfora o el símil, según he venido comprobando a lo largo de mis investigaciones.”

A raíz de estas palabras, la autora establece tres niveles para este lenguaje biomédico:

- a. Nivel léxico-semántico: el léxico es de tipo monosémicos, denotativo y unívoco; identificación y utilización de epónimos; uso de barbarismos o extranjerismos no incorporados bien a la lengua; formación y creación de términos científicos a través del empleo de helenismos y anglicismos, de la derivación o de la composición; y empleo de abreviaturas, siglas, acrónimos y unidades de medida.
- b. Nivel morfosintáctico: empleo de términos compuestos; frecuente presencia del artículo con carácter actualizador; uso de nominalizaciones y núcleos nominales complejos con formas verbales simples; empleo del pronombre *nosotros* frente al *yo*; empleo de la pasiva y del pasado para describir observaciones y procedimientos frente al presente usado en definiciones y en directrices, generalizaciones o conclusiones; empleo del verbo copulativo en frases simples y nexos completivos y relativos en las oraciones compuestas; uso de conectores consecutivos, de suma, de ordenación y adversativos, y dificultades y ambigüedades ocasionadas por el género gramatical de algunos vocablos científicos.
- c. Nivel estilístico: empleo de conectores y estructuras sintácticas largas y rebuscadas; problemas en el uso de la puntuación; redundancias en el léxico; variadas metáforas de la voz común y modulación o *hedging*; referencia a la documentación sobre el tema tratado; y referencias bibliográficas excesivas, especialmente en el cuerpo del texto.

Siguiendo en esta línea de la relación del lenguaje médico con el lenguaje literario, no se puede pasar por alto y que es base importante en el estudio de este lenguaje y, de forma paralela, en la recuperación de información en esta área, el uso de los adjetivos en su discurso. Para Bodenreider & Pakhomov (2003) estos “modificadores clínicos” –estamos hablando de los adjetivos- ofrecen una información específica para comprender de una manera más lógica y útil de la cuestión que se está tratando, de ahí su utilidad.

Como hemos mencionado anteriormente al hablar de los lenguajes científicos especializados en general, una de las funciones primordiales de este lenguaje biomédico

es su rol como instrumento fundamental de comunicación entre especialistas que forman parte de la comunidad médica internacional. Ellos, conscientes de la necesidad de una normalización en las ciencias médicas para facilitar el entendimiento y la comunicación y hacer posible el intercambio de información, han creado una terminología propia que refleja “precisión, claridad, exactitud, concisión y economía de expresión” (Méndez Cedón 2002).

Pese a esta tan ansiada normalización terminológica y a los estudios que hemos comentado relacionados con el lenguaje biomédico, Oliver del Olmo (2004) tomando diversos ejemplos extraídos de diversas investigaciones, resume en tres las limitaciones del discurso de especialidad médico: la falta de precisión, el fenómeno de la no neutralidad y la relacionada con la falta de sistematización, que son difíciles en muchos casos de mitigar y que originan problemas a la hora de escribir, tales como es el uso excesivo de jerga, una fraseología descuidada, un pobre flujo de ideas, verbosidad e incluso un estilo en escritura algo pomposo.

Pasemos a continuación a estudiar este género discursivo biomédico desde distintas características y perspectivas, profundizando en sus aspectos formales, morfológicos y de discurso. Esto nos permitirá contextualizar eficazmente nuestro estudio e incorporar estas características del discurso de especialidad a nuestro modelo de análisis.

La investigación en biomedicina es muy variada; esa variedad es la que marca las características de cada género documental que en ella se desarrolla; por eso, es necesario establecer, previamente, una clasificación de los informes del resultado de la investigación; esta clasificación debe ser útil para valorar y mejorar el estado de la cuestión en varias especialidades médicas o áreas geográficas, guiar a las bibliotecas y otros compradores en la selección de revistas y conducir estudios bibliométricos de cómo se desarrolla la nueva ciencia médica (Bailar *[et al.]* 1984).

Los criterios para clasificar los distintos tipos de estudios biomédicos cuantitativos se basan en cuatro ejes fundamentales (Abramson 1990; Hulley, Cumming 1993; Rebaglato, Pérez Ruiz, Arranz 1996):

Finalidad del estudio	<p><i>Analítico</i>: se evalúa una presunta relación causa-efecto.</p> <p><i>Descriptivo</i>: se generan hipótesis etiológicas que deberán contrastarse con estudios analíticos.</p>
Secuencia temporal	<p><i>Transversal</i>: datos recogidos en un momento en el tiempo, no pudiéndose determinar una secuencia temporal entre las variables porque se miden simultáneamente.</p> <p><i>Longitudinal</i>: existe un lapso de tiempo entre las diferentes variables, pudiéndose establecer una relación causa-efecto.</p>
Control de la asignación de los factores de estudio	<p><i>Observacional</i>: los investigadores se limitan a observar, medir y analizar las variables sin ejercer control directo sobre el factor de estudio.</p> <p><i>Experimental</i>: el equipo investigador establece el factor de estudio y lo controla deliberadamente para su estudio.</p>
Direccionalidad	<p><i>Prospectivos</i>: los datos se recogen a medida que suceden.</p> <p><i>Retrospectivos</i>: el objeto de análisis ha ocurrido cuando se inicia el estudio</p> <p><i>Ambispectivos</i>: es una combinación de los dos anteriores.</p>

Tabla 1. Criterios para clasificar los estudios biomédicos. Fuente: elaboración propia a partir de Abramson (1990); Hulley & Cumming (1993); Rebaglato, Pérez Ruiz & Arranz (1996).

Por virtud de estos criterios, estos autores establecen los siguientes tipos de estudios:

- A. **Estudios experimentales**: el investigador asigna el factor de estudio y lo controla de forma deliberada. Su objetivo es evaluar la eficacia de una intervención preventiva o terapéutica.
- a. *Ensayos clínicos*. Su objetivo es demostrar que el tipo de intervención aplicada es la única causa posible de las diferencias observadas en los resultados de cada grupo.
 - b. *Ensayos comunitarios*. Evalúa el impacto de las intervenciones de base comunitaria, no llevándose a cabo dicha intervención de forma separada para cada sujeto.

B. Estudios cuasi experimentales: el factor de estudio ha sido artificialmente manipulado.

- a. *Estudios de un solo grupo:* cada sujeto sirve con su propio control, observándose la respuesta de la variable de estudio antes y después de la intervención.
- b. *Estudios grupos múltiples:* los grupos se forman por conveniencia o de acuerdo con el comportamiento voluntario de los sujetos y se comparan con otros.

C. Estudios observaciones

- a. *Descriptivos:* describen las características más importantes de una enfermedad o problema de salud para conocer la estabilidad o cambio de ciertas características.
- b. *Ecológicos:* evalúan la asociación entre variables medidas en grupos de individuos
- c. *Analíticos:* identifican factores de riesgo de la enfermedad, estiman el efecto de la exposición sobre la misma y deducen posibles intervenciones estratégicas.

Por su parte, Bailar [et al.] (1984), establece una estructura basada en el análisis de 332 artículos originales publicados en la revista *New England Journal of Medicine* de 1978 a 1979, y que quedaría categorizada en el siguiente esquema:

Estudios longitudinales (investiga los cambios a través del tiempo)	<i>Estudios prospectivos</i>	Estudios de intervención deliberada	<i>Secuencial</i> (compara diferentes tratamientos a un mismo paciente en una simple prueba clínica) <i>Paralelo</i> (compara un tratamiento a diferentes pacientes en una simple prueba clínica) <i>Controles externos</i> (compara tratamientos dados a diferentes pacientes en el mismo lugar y tiempo)
		Estudios observacionales	<i>Causas e incidencia de la enfermedad</i> <i>Intervenciones deliberadas pero no controladas</i> <i>Historia natural: prognosis</i>
		Estudios pseudoprospectivos	
	<i>Estudios retrospectivos</i>	Intervención deliberada	
		Observacional	
		Pseudoretrospectivo	
Estudios de muestra representativa (fenómeno en un tiempo fijo o indefinido)	<i>Descripción de la enfermedad</i>		
	<i>Diagnóstico</i>	Rasgos normales	
		Gravedad de la enfermedad	
	<i>Procesos de la enfermedad</i>	Exploratorio	
		Observacional	
Casos clínicos			

Tabla 2. Estructura de los estudios biomédicos. Fuente: Bailar [et al.] (1984).

En relación a las cualidades que deben tener los distintos tipos de documentos que sirven para describir una investigación en biomedicina – y que coinciden en gran parte con las características del lenguaje científico anteriormente estudiadas, Caldeiro (1993) las resume en las siguientes: claridad –como sinónimo de inteligibilidad-, concisión, precisión, organización⁴, fundamentación, honradez, e ingenio. Pero tampoco se olvida de los defectos que han de evitarse para cumplir el fin de comunicación e

⁴ La autora menciona que cada escrito biomédico tiene su arquitectura propia, su organización más adecuada en función de la materia que se quiere comunicar, clave para servir de base en nuestro estudio.

información que tiene: artificio –empleo desorbitado de la jerga médica-, vacuidad, pretensión, monotonía estructural –enumeración de largas series de resultados experimentales o clínicos-, improvisación, coloquialismo, y ambigüedad.

Pese a este claro acercamiento a la estructura y vocabulario del género biomédico, expuesta en las ideas de los autores anteriormente comentados, López Rodríguez (2000) afirma que la medicina, para evitar la ambigüedad y facilitar las búsquedas bibliográficas, cuenta con un vocabulario normalizado, pero que dicha *“normalización en cuanto a formato y en cuanto a terminología no afecta por igual a todos los textos biomédicos. Mientras que en las publicaciones para especialistas se llega a una repetición léxica excesiva de términos para lograr la univocidad, otros textos, tal y como los divulgativos, ofrecen más opciones al redactor y permiten alternar la terminología normalizada con sinónimos, hiperónimos y paráfrasis, con lo que se acerca el conocimiento científico al lector lego”* (p. 97).

II.1.2. Los géneros en la comunicación científica

Todo trabajo científico ha de tener una estructura clara y pertinente para distribuir la nueva información de un modo lógico y correcto. Esta superestructura es común a todos los documentos científicos, pues deriva del informe del trabajo investigador y de la propia metodología investigadora: *introducción, métodos o metodología, resultados y discusión o conclusiones*. Sin embargo, las convenciones para cada área de conocimiento determinan la comunicación de los hallazgos, los tipos textuales empleados y los géneros y subgéneros en la configuración de la literatura científica de la especialidad. Son pues las funciones retóricas de cada género, dentro de un campo o área de especialidad, las que determinan una estructura retórica determinada, aunque todos los géneros, por el hecho de pertenecer a una colonia o constelación científica de una misma área de especialidad, comparten rasgos y convenciones. Desarrollaremos estas afirmaciones a lo largo de este epígrafe.

La manera de transmitir la información se ha visto influenciada por la ingente cantidad de conocimiento que se produce diariamente en todos los ámbitos profesionales. Piqué-Angordans & Posteguillo (2006) afirman que *“la construcción del conocimiento es una tarea individual y social. Es un proceso continuo dialéctico que ha sido llevado a cabo a través de generaciones. Este proceso ha adoptado diferentes formas de comunicación, a saber, oral (conferencias, conversaciones, diálogos,*

comentarios...) y escritas (editoriales, artículos de investigación, cartas, revisiones, casos clínicos y emails)” (p. 649). Los científicos pertenecientes a todas las comunidades académicas de discurso se caracterizan por comunicar nuevo conocimiento a otros miembros de dichas comunidades por medio de la publicación de sus investigaciones científicas; es por eso por lo que es esencial para ellos tener un buen dominio de las convenciones del discurso que caracteriza a la escritura científica (Martín Martín 2003).

Todos estos ámbitos de conocimiento dan a conocer dicha información por medio de una serie de documentos. En el ámbito que nos ocupa, el de la ciencia, existen una serie de rasgos que distinguen sus escritos de los de otras disciplinas. Lindsay (1984) nos habla de dos: por una parte, el contenido, que está relacionado con una fiel y objetiva investigación llevada a cabo; y, por otra, el estilo en el que está escrito dicho propósito de comunicar y que permite dejar claros los objetivos de dicha investigación.

Esto que acabamos de comentar nos lleva a hablar del término *escritura o comunicación científica*, el cual designa normalmente al informe de una investigación original en una revista a través de un trabajo científico que tiene un formato estándar (Day 1979); este trabajo científico se ha desarrollado en un corto espacio de tiempo en una amplia variedad del mismo, con diferentes estructuras retóricas, que no siempre y necesariamente se utilizan (Crookes 1986).

En todo ámbito de saber debe existir un patrón estructural general, aunque cada disciplina, posteriormente, puede y debe amoldar dicha macroestructura a sus parámetros y finalidad. Esta macroestructura, como hemos comentado anteriormente al hablar de las características del lenguaje científico, estaría compuesta por una serie de unidades, que algunos autores han denominado *unidad funcional*. Para Zhang (2012, p. 469-470), una unidad funcional se define como “*un fragmento de información con una función comunicativa definida, la cual se enmarca en uno de los cuatro componentes básicos de un artículo de una publicación periódica (introducción, método, resultados o discusión)*”.

Estos patrones retóricos formalizados, expresados a través de proposiciones léxicas, son los que dotan de verdad a las investigaciones científicas y médicas; una verdad que tiene tres significados: contextual, evidencial e interpretada (Skelton 1997). La *verdad contextual* está relacionada con el conocimiento verdadero que tiene el autor sobre el tema que va a tratar a continuación, basado dicho conocimiento en lecturas anteriores que lo contextualizan, delimitando así el contexto del debate con el que el

autor desea contribuir al conocimiento general de dicha disciplina, siendo, por tanto, su función principal la de “*apoyar la ambigüedad creativa del escrito médico*” (p. 126). Este contexto normalmente se establece en la *introducción* a través de referencias a trabajos anteriores. Peh (2009) menciona la importancia de dichas referencias a principales y relevantes trabajos anteriores –en secciones como *Introducción* y *Discusión*. Puesto que son las que ofrecen el “background” a la investigación que se está llevando a cabo, corroboran las afirmaciones que se están realizando en dicho trabajo y dan credibilidad al estudio, siempre y cuando se cite de manera correcta y sólo a trabajos verdaderamente relevantes para el estudio.

La segunda verdad para Skelton (1997) es, como antes hemos nombrado, la *verdad evidencial*, que es la que define lo nuevo, lo particular y lo significativo del estudio – surgida de las secciones de *Resultados* y *Discusión*- a través de términos como “*muestra*” y “*demuestra*”. Por último, la tercera verdad expresada por Skelton (1997) es la *verdad interpretada*, es decir, aquella que crea nuevo conocimiento en base a juicios de valor, interpretaciones, especulación y hechos.

Las anteriores palabras de Zhang y los tipos de verdad que ha estudiado Skelton en los trabajos médicos nos dan pie para definir la macroestructura interna de los trabajos científicos. Dicha macroestructura –*Introducción, Metodología, Resultados y Discusión*⁵, en este orden- responde a un esquema clásico en toda investigación, el cual está casi generalizado en los distintos documentos científicos en los que se plasma el desarrollo del saber, aunque hemos de mencionar que muchas veces dichos documentos carecen de alguna de esas partes, aparecen otras distintas, o la información que contienen está inmersa en otro de dichos grandes apartados, puesto que se adecúan al propósito para el cual el documento se ha elaborado (Peh 2008).

II.1.2.1. El género y la perspectiva de análisis de género en los estudios del discurso

La manera de transmitir información se ha visto influenciada por la disciplina o el ámbito en el que se enmarca dicha información o conocimiento. Esta manera de difundir nuevo conocimiento y nuevos avances importantes para el desarrollo de una disciplina se ha visto materializada en lo que se ha venido a denominar *géneros*. López

⁵ Este modelo responde a las siglas IMRD e IMRAD; la utilización en el trabajo de ambas siglas está justificada porque son usadas indistintamente por los autores en función de si los mismos utilizan o no *and* en el desarrollo de las mismas.

Rodríguez (2000) aclara que *“el concepto de género explica la capacidad que tienen los hablantes de una lengua de reconocer una serie de características y funciones que están prototípicamente presentes en algunos textos y que están asociadas a situaciones sociales habituales en una determinada cultura”* (p. 99-100). Por su parte, y para complementar la anterior definición, para Izquierdo Alonso (2004, p. 35) *“un género es un vehículo convencional, elegido por un emisor, para transmitir todo aquello que quiere expresar. Está conformado por un conjunto de tipos, que comparten una serie de rasgos formales y de contenido, y constituye un patrón para la interacción comunicativa que se produce en un ámbito social determinado”*. Esta autora, recogiendo y resumiendo las palabras de otros autores, considera los géneros como tipos de textos definidos por sus propiedades o características formales y por sus propósitos o intenciones comunicativas, todo dentro de un contexto social determinado.

Este enfoque de análisis de género dentro del estudio de los discursos ha sido ampliamente tratado desde el área de inglés para fines específicos siguiendo los modelos retóricos de Swales o las propuestas socioculturales de Bathia. Existen también otras perspectivas de análisis que orientan las investigaciones de género como la lingüística australiana o la nueva retórica. Todas estas orientaciones teóricas tienen en común el análisis de la relación entre la función social y el uso lingüístico en determinados contextos culturalmente establecidos y su aplicación a la didáctica de las lenguas. Los neoretóricos priman las finalidades sociales, la lingüística australiana aborda cuestiones léxico-terminológicas, gramaticales y pragmáticas, destacando desde esta perspectiva el análisis de estructuras discursivas u los movimientos de organización del discurso. La nueva retórica se nutre de diversas fuentes multidisciplinares como el post-estructuralismo de Bajtin y Foucault o la psicología de Vygotsky.

El concepto de género ha sido tratado también desde el campo de la información y documentación como disciplina (Zhang 2012; Andersen 2008; Izquierdo Alonso 2003a, 2003b, 2004; Cross y Oppenheim 2006, etc). Éste, aplicado al diseño de sistemas de información actúa como soporte estructural para la búsqueda y recuperación automática de información. La identificación de un género discursivo nos puede guiar en la lectura de un documento dándonos pautas sobre su finalidad, su forma, su contenido y su objetivo (Zhang 2012). Al mismo tiempo el concepto de género puede servir para contribuir a la coordinación del trabajo realizado por grupos de investigación y organizaciones, no actuando sólo como sitios de acción social (Piqué-Angordans & Posteguillo 2006).

Existe una doble opinión sobre el género: para algunos el género es un fenómeno social, reflejado en las funciones convencionalmente reconocidas y en las conscientes estructuras organizativas de textos completos; para otros, en cambio, el género es un fenómeno cognitivo que se refleja sólo de manera indirecta, o en nada en absoluto, en la función social y la estructura global de los textos (Bruce 2008). El género social se correspondería con las construcciones socialmente reconocidas de acuerdo con textos completos o secciones de los mismos como por ejemplo la sección de Métodos en los artículos de investigación que están clasificadas en términos de su objetivo y función global (Bruce 2008). Por su parte el término “género cognitivo” es conceptualizado en términos de conocimiento organizacional –más que de características lingüísticas- y se utiliza para referirnos a la orientación cognitiva global y a la organización interna de un segmento de composición que realiza un único y general objetivo retórico para representar un tipo de información dentro del discurso. Este objetivo influirá en la organización del discurso, la relación entre proposiciones y las opciones lingüísticas relacionadas con la cohesión y la coherencia; ejemplo de ello sería explicar un proceso, argumentar un punto de vista o contar eventos ordenados, entre otros (Bruce 2008).

La estructura de los diferentes tipos de textos científicos, en general, ha sido estudiada por muchos autores: Aluisio (1996), Brett (1994), Bruce (2008), Crookes (1986), Day (1979), Dudley-Evans (2000), Hopkins & Dudley-Evans (1988), Kanoksilapatan (2005), Lim (2006), Lindsay (1984), O’Connor (1996), Peh (2008, 2009), Posteguillo (1999), Samraj (2002), Swales (1990), Weissberg (1990) o Zhang (2012) son un buen ejemplo de ello.

II.1.2.1.1. Estudios de análisis de género aplicados al análisis del artículo de investigación

Los estudios relacionados con el artículo de investigación, en cuanto a su estructura particular, así como a su construcción social, han sido una constante en los últimos 30 años (Samraj 2002). Gran parte de las investigaciones de modelos retórico-discursivos (desde los estudios análisis de discurso, comunicación científica escrita, enseñanza del inglés para fines específicos, o los enfocados hacia la retórica contrastiva y la traductología) han dirigido sus investigaciones hacia el artículo de investigación, tanto en su estructura como en los rasgos léxico-gramaticales de las distintas secciones y segmentos que los componen. El modelo CARS de Swales (1990), desde la

perspectiva del análisis de secciones y moves retóricos aplicado al estudio específico de la introducción en el artículo científico original, constituyó un hito en este tipo de análisis de organización discursiva, extendido después al estudio de otros géneros científicos o a la identificación de secciones y moves en otros géneros como las comunicaciones a congresos o las tesis doctorales. Así pues, son muchos los autores que han dedicado parte de su esfuerzo a investigar sobre dicha macroestructura: Day (1979), Lindsay (1984), O'Connor (1996), Peh (2008) o Weissberg (1990) enfocándose los estudios hacia todas las secciones y moves retóricos que configuran el género artículo de investigación o en alguno en particular en distintos ámbitos de especialidad.

Nos centraremos más detenidamente en esta superestructura o estructura esquemática del artículo científico, al considerar que es un informe de la actividad del proceso investigador y puede facilitarnos por tanto la identificación de algún elemento retórico común en el análisis específico del caso clínico, objeto de nuestra tesis doctoral. Coincidimos con Paltridge (1997) en una visión dinámica e interrelacionada de los géneros. El autor, después de analizar distintos géneros, llega a la conclusión de que en todos ellos aparece un esquema, donde más que una jerarquía existe una concurrencia entre ellos. Su estructura sería la siguiente: *Macro-structure, discourse elements and discourse relations* – por ejemplo, una situación o un problema-, y *components of discourse elements* – tales como background, investigaciones anteriores, justificación del estudio, contexto... Este autor menciona muy acertadamente que esta representación no es estática y puede cambiar en respuesta a factores tales como cambios de la posición filosófica de un género particular, el propósito del género y los participantes implicados en la producción e interpretación del mismo.

Day (1979) nos habla del muy extendido modelo IMRAD⁶: *Introducción, Métodos*⁷, *Resultados y Discusión*. Este modelo sigue una ordenación lógica en la exposición, pero tiene algunas excepciones cuando es utilizado para distintos tipos de documentos, por ejemplo en los *case reports*, como veremos más adelante.

Para Lindsay (1984) la división normalmente aceptada para un artículo científico sería la siguiente: *Introducción, Materiales y Métodos, Resultados, y Discusión*. Esta estructura intenta responder a cuatro cuestiones fundamentales: ¿por qué se ha empezado una investigación?, ¿qué ha hecho un determinado investigador?, ¿qué ha encontrado? y, por último, ¿qué representa?.

⁶ Este modelo fue normalizado y propuesto como *standard* por la American National Standards Institute primero en 1972 y posteriormente publicado de nuevo en 1979.

⁷ Este componente normalmente se corresponde con *Materiales y Métodos*, pero para formar parte del acrónimo IMRAD sólo se utiliza *Métodos*.

Weissberg (1990), por su parte, comparte la macroestructura de los documentos científicos propuesta por Lindsay (1984), aunque no de manera fiel; para este autor, dicha macroestructura estaría compuesta por estas cinco secciones macroestructurales, aunque alguna de ellas con cierta modificación. La *Introducción*, para dicho autor, tendría una función de orientación al lector, ofreciéndole la perspectiva que necesita para comprender la información que aparecerá en las siguientes secciones. Por su parte, en el *Método* se describirían los pasos seguidos en el estudio y los materiales usados en cada uno de esos pasos, siendo útil, por tanto, para aquellos lectores que quisieran conocer cómo la metodología llevada a cabo influiría en los resultados del mismo; de ahí que este autor pase a llamar esta sección *Materiales y Método*, como una unión de ambas. La tercera sección, los *Resultados*, sería la mayor y más extensa del trabajo y en ella se presentarían los hallazgos del estudio, acompañados ellos de breves comentarios a los mismos, centrados sobretodo en el análisis estadístico. La *Discusión* para este autor -también conocida como *Conclusiones*- sería la última de las secciones y en ella aparecerían de manera desarrollada los distintos hallazgos encontrados en la investigación y su inclusión en el ingente universo de saber relacionado con el campo de estudio. Es este último autor quien teoriza con más profundidad en la estructura discursiva que hemos comentado hasta ahora y nos ofrece una guía muy útil a través de un análisis pormenorizado de las secuencias estructurales y los elementos que deberían poseer las distintas secciones de los estudios experimentales a la hora de su publicación:

Sección	Secuencia estructural
Introducción	Exposición general sobre un campo de investigación para ofrecer al lector el escenario donde se enmarca la investigación que se va a desarrollar
	Exposición más específica del problema adecuadamente estudiado por otros investigadores
	Enunciados que indican la necesidad de más investigación
	Enunciados muy específicos que dan el propósito y los objetivos del autor del estudio
	Enunciados opcionales que dan un valor o una justificación para el estudio llevado a cabo
Método	Esquema general del experimento (diseño)
	Muestra
	Localización
	Restricciones o límites

	Técnicas de muestreo
	Procedimientos
	Materiales
	VARIABLES
	Tratamiento estadístico
Materiales	Equipo de campo y laboratorio
	Sujetos humanos o animales
	Sustancias naturales
	Materiales fabricados
	Encuestas, cuestionarios y tests
	Programas informáticos
	Modelos matemáticos
Resultados	Cuadros o figuras que muestran los resultados encontrados
	Hallazgos más importantes encontrados
	Comentario de los resultados
Discusión	Objetivo principal o hipótesis
	Confrontación de los hallazgos con la hipótesis original
	Explicación o especulación sobre los hallazgos
	Limitaciones del estudio que no permiten hacer generalizaciones
	Implicaciones del estudio
	Recomendaciones para futuras investigaciones

Tabla 3. Secciones y secuencias estructurales de trabajos experimentales. Fuente: Weissberg (1990).

Sin embargo para Weissberg esta macroestructura no acaba aquí, sino que incluye en dicho modelo otra sección –por llamarla de esta manera-, de ahí que antes mencionase que su modelo comprendía cinco apartados. Esta primera nueva sección sería el *Resumen*, situada antes de la *Introducción*, y que ofrecería al lector un breve anticipo del estudio, basado en la información que contienen las otras secciones del documento.

La macroestructura de un documento científico para O'Connor (1996) está basada en la respuesta a una serie de preguntas que la autora desgrana en cuatro grandes secciones: por qué se hace el trabajo y cuál es su propósito, qué material he usado y cómo lo voy a utilizar, qué he encontrado o visto y qué significan nuestros hallazgos. A la primera pregunta se da respuesta en la *Introducción*, en la que se presenta el

conocimiento que el investigador tiene sobre la temática de la investigación –a través de referencias de las más importantes y prestigiosas revistas-, se da soporte a la investigación, se establece la hipótesis que hace que se plantee la investigación-basada en trabajos anteriores previamente examinados- y, por último, se comenta lo nuevo e importante del trabajo. Por su parte, para la autora, la sección en la que se responde a los materiales usados y cómo se han empleado recibe el nombre de *Materiales y Métodos*, en la que se debería explicar por qué se han elegido esos métodos y su diseño teórico y experimental, todo ello para facilitar a investigadores futuros la posible repetición de dicho experimento o evaluar la fiabilidad de los métodos. La sección de *Resultados* mostraría qué se ha encontrado, tanto los hallazgos principales como los secundarios, evitando los no relevantes para la investigación. Y por último, la sección que trata de responder a la hipótesis planteada en la investigación es la *Discusión*, donde se relacionan los resultados de la sección anterior con el conocimiento existente, se interpretan los mismos, explicando así lo nuevo del trabajo, y se explica la importancia del estudio.

Peh (2008) coincide con Day (1979) al afirmar que la estructura de un documento científico está representada por el acrónimo IMRAD. Esta estructura básica es común a los documentos científicos normalizados, aunque se deben tener en cuenta algunas variantes que aparecen en función del estilo de la revista en la que aparece dicho trabajo. Además, esta estructura puede estar matizada por otra serie de componentes, tales como el resumen, las palabras claves, tablas, gráficos, imágenes, agradecimientos o referencias. En todo caso, para este autor, el modelo IMRAD debe permitir la respuesta a: qué cuestiones fueron preguntadas, cómo fue estudiado, qué se encontró y qué significan los hallazgos encontrados.

Todos los autores mencionados hasta ahora han centrado sus investigaciones en la estructura básica en su conjunto, deteniéndose y analizando cada una de las secciones de dicha macroestructura; sin embargo, ha habido investigadores que han centrado sus estudios en parte de dicha estructura, es decir, en una sola de esas secciones, especificando de ese modo aún más la estructura de dicha sección y los objetivos de la misma.

Estos estudios han estado marcados por la delimitación de las *moves* características de dicha parte de la estructura, *moves* o secuencias estructurales que hacen que cada una de esas secciones siga una estructura normalizada que guíe, por una parte, al investigador a la hora de elaborar su publicación para no olvidar ningún dato ni

parte fundamental, y, por otra, al lector, para una pertinente lectura y búsqueda de información sirviendo de ayuda para decidir si leer un determinado trabajo o no, es decir, permitiendo una mejor comprensión y utilización de los componentes del documento (Zhang 2012); es decir, estas *moves* son “*un acto comunicativo definido y limitado que se diseña para contribuir al principal objetivo comunicativo, que es el texto completo*” (Lorés 2004, p. 282). Las estructuras de *moves* y sus correspondientes *steps*, como veremos más adelante, están relacionadas con las características lingüísticas que normalmente se emplean en su realización (Bruce 2008).

II.1.2.1.1.1. Análisis desde el enfoque de género orientado hacia la sección de introducción

Swales (1990) propone un modelo denominado *Create a Research Space* (CARS)⁸ para el análisis de la *introducción* de los artículos científicos. Fue creado a partir de la identificación de *moves* textuales que representaban una función comunicativa específica y eran las encargadas de dotar de objetivo comunicativo global al género. Analizó una muestra de 48 artículos relacionados con las ciencias “duras”: ciencias sociales, ciencias de la vida y ciencias de la salud (Zhang 2012). El modelo CARS para Swales (1990) constaría de tres *moves*, a partir de las cuales se estructuraría la información en forma de *steps*—pasos— usados para expresar cada *move* que antes hemos comentado, que deberían estar presentes en la sección *Introducción* de la macroestructura de los trabajos científicos y de investigación de distintas disciplinas, ya que permite una generalización de las mismas. Autores como Posteguillo (1999) utilizarán este modelo CARS de Swales (1990) para analizar la estructura esquemática de los artículos de investigación en informática, por ser la “*más exhaustiva descripción de todos los posibles cambios retóricos que se pueden encontrar en esta sección*”. Dudley-Evans (2000), por su parte, afirma que este modelo CARS recoge el modo en el que los autores justifican y ponen de manifiesto su propia contribución a la hora de describir una investigación en curso en su campo de estudio, primeramente porque establecen el tema de la investigación y resumen los rasgos principales de las anteriores investigaciones, y, por otra parte, porque expresan un vacío o una posible ampliación de ese trabajo, que será la base de las afirmaciones de dicho autor.

⁸ Este modelo fue creado originariamente por este autor en 1981, siendo posteriormente desarrollado en 1990 y 2004 en un modelo revisado ampliado.

Un cuadro resumen del modelo CARS propuesto por Swales (1990), que ofrece una variedad de alternativas de ordenación y distribución (Crookes 1986), quedaría de la siguiente manera:

Move	Step
Move 1: Establecer un campo/territorio	Step 1 Reclamación central y/o Step 2 Hacer generalización(es) sobre el tema y/o Step 3 Analizar artículos de anteriores investigaciones
Move 2: Establecer un hueco	Step 1A Objeciones o Step 1B Indicar una laguna o Step 1C Suscitar cuestiones o Step 1D Continuar una tradición
Move 3: Ocupar un hueco	Step 1A Perfilar objetivos o Step 1B Dar a conocer la nueva investigación Step 2 Anunciar los descubrimientos principales Step 3 Indicar la estructura del artículo de investigación

Tabla 4. Estructura del modelo CARS. Fuente: Swales (1990).

Este modelo ha tenido una gran influencia en los estudios de análisis de género en distintas disciplinas académicas, como veremos a continuación, llegando incluso a aplicarse de manera generalizada en todos los campos académicos (Dudley-Evans 2000) y de una manera particular a la comprensión y navegación de los documentos digitales (Zhang 2012).

Los estudios sobre la macroestructura de estos documentos científicos y de investigación en diversas disciplinas siguen con el paso del tiempo, apoyándose en los trabajos realizados anteriormente, especialmente en el de Swales (1990), ofreciendo de esta manera unas interesantes variaciones en dichas disciplinas, que consistirán en la utilización o no de una determinada *move* o *step*, o en la modificación de su orden, y que irán siempre en función del particular objetivo retórico que el autor quiere alcanzar. (Dudley-Evans 2000). Aluisio & Oliveira (1996) son un ejemplo de ello; estos autores toman los trabajos antes comentados de Weissberg (1990) y Swales (1990) para crear un modelo en el que presentar la información, también en la sección de *Introducción*, en los trabajos englobados dentro de la disciplina de física experimental. Este modelo une lo mejor de cada uno de los dos anteriores, y estaría formado por ocho componentes, que estarían formalizados, a su vez, en diferentes estructuras o estrategias retóricas. Pese a ser un modelo que se aplica a una determinada disciplina científica, se puede

extrapolar a otras disciplinas, puesto que la estructura esquemática de las mismas es similar, aunque mencionando que no en todos los documentos pueden aparecer todas las estructuras retóricas que proponen ni en el mismo orden. El modelo de Aluisio & Oliveira (1996) para la sección de *Introducción* quedaría de la siguiente manera:

Componente	Estructura retórica
C1 Marco/escenario	S1 Introducción del tema a investigar dentro del área de investigación S2 Familiarización de términos, objetos o procesos S3 Discusión sobre el tema importante
C2 Revisión	S1 Revisión histórica S2 Tendencias actuales S3 Orden de las citas de lo general a lo particular S4 Progresos en el área S5 Requisitos para el progreso en el área S6 Estado de la cuestión S7 Compendio de la literatura y sus vacíos S8 Citas agrupadas por enfoques
C3 Tipos de lagunas/vacíos	S1 Conflictos no resueltos o problemas entre estudios anteriores S2 Restricciones en trabajos anteriores S3 Plantear problemas
C4 Objetivo	S1 Indicación del principal objetivo S1A Resolución de un conflicto entre autores S1B Presentación de un enfoque, una metodología o una técnica nueva S1C Presentación de una mejora en un tema de investigación S1D Presentar una prolongación/aumento/extensión de un trabajo previo de un autor S1E Proponer un enfoque alternativo S1F Presentar un trabajo comparativo S2 Especificar el objetivo S3 Introducir más objetivos
C5 Metodología	S1 Enumerar criterios o condiciones S2 Describir materiales y métodos S3 Justificar la elección para esos materiales y métodos
C6 Resultados principales	S1 Presentar e indicar los resultados S2 Comentar los resultados
C7 Valor de la investigación	S1 Hacer constar el valor de los trabajos

C8 Presentación del artículo	S1A Esbozar las partes del artículo
	S1B Enumerar las cuestiones a tratar

Tabla 5. Modelo estructural para la sección de *introducción*. Fuente: Aluisio & Oliveira (1996).

Samraj (2002), fiel a la tendencia imperante del estudio de la sección de la *Introducción* –aunque no será la única sección por estudiar-, y tomando de nuevo el trabajo de Swales (1990), basa su análisis en la observación de una área determinada, ciencia del medio ambiente, y concretamente en dos campos incluidos en ella: *comportamiento silvestre*, una subdisciplina relacionada con la historia y el comportamiento de las diferentes especies, y *biología de la conservación*, concerniente ésta a los recursos económicos-políticos y a la ética del entorno y la ecología utilizados para llegar a soluciones de los problemas de conservación. Con este estudio esta autora saca a la luz que el modelo de CARS de Swales (1990), basado en unas determinadas *moves* no es adecuado para todas y cada una de las *Introducciones* de los artículos científicos, siendo por ello necesario un modelo mucho más flexible que se ajuste a las determinadas características y normas del área en el que se inserte dicho trabajo de investigación.

Así pues, el modelo propuesto por Samraj (2002) y que presenta unos matices respecto al modelo CARS de Swales (1990) quedaría de la siguiente manera:

Move	Step
Move 1: Establecer un territorio	Step 1: Reclamación central y/o <ul style="list-style-type: none"> - en la investigación - en el mundo real
	Step 2: Presentar información básica
Move 2: Establecer un hueco	Step 1A: Objeciones o
	Step 1B: Indicar una laguna o <ul style="list-style-type: none"> - en la investigación - en el mundo real
	Step 1C: Suscitar una cuestión o
	Step 1D: Continuar una tradición
	Step 2: Presentar una justificación positiva
Move 3: Ocupar el hueco	Step 1: Presentar objetivos de la presente investigación <ul style="list-style-type: none"> - dando información básica sobre especies o sitio
	Step2A: Anunciar los principales descubrimientos o
	Step 2B: Predecir resultados
	Step 3: Indicar la estructura del artículo de investigación

Tabla 6. Modelo estructural para la sección de *introducción*. Fuente: Samraj (2002).

Como se puede apreciar, y como hemos mencionado anteriormente, existen unas pequeñas modificaciones en relación al modelo CARS de Swales (1990), las cuales reflejan que los aspectos discursivos de un género pueden exhibir un alto grado de flexibilidad dentro de la organización global de dicho género. Dichas modificaciones, para esta autora, estriban, por un lado, en que la referencia a literatura y estudios anteriores no es un elemento exclusivo de la *move* 1, sino que también juega un rol importante en la *move* 2 a la hora de apoyar y respaldar lagunas en investigaciones previas o en la *move* 3, cuando se presentan los objetivos de la presente investigación, resultando, en definitiva, útil en cualquier *step* de la investigación; y, por otro lado, en que las afirmaciones principales y las lagunas pueden referirse a la investigación o al mundo real en diferentes disciplinas, eso sí, siempre ligadas con un *step* y nunca aisladas.

Influenciado por los estudios anteriores y esta vez en el campo de la bioquímica, Kanoksilapatham (2005) establece un modelo con quince *moves* retóricas –basadas en las tres que enumera Swales (1990) para la parte de la *Introducción*- con treinta y ocho

steps, repartidos a través del modelo IMRD que antes hemos comentado. Para este autor el modelo quedaría resumido de la siguiente manera:

Sección	Moves	Steps
Introducción	Move 1: Anunciar la importancia del campo	Step 1: Afirmar la importancia del tema Step 2: Hacer generalizaciones sobre el tema Step 3: Revisar investigaciones anteriores
	Move 2: Preparación para el presente estudio	Step 1: Indicar un vacío Step 2: Plantear un problema
	Move 3: Introducir el presente estudio	Step 1: Enumerar objetivo(s) Step 2: Describir procedimientos Step 3: Presentar hallazgos
Métodos	Move 4: Describir materiales	Step1: Incluir/listar materiales Step 2: Detallar la fuente de esos materiales Step 3: Ofrecer los antecedentes de los materiales
	Move 5: Describir procedimientos experimentales	Step 1: Documentar los procedimientos establecidos Step 2: Detallar los procedimientos Step 3: Ofrecer los antecedentes de los procedimientos
	Move 6: Detallar el equipo	
	Move 7: Describir procedimientos estadísticos	
Resultados	Move 8: Definir/hacer constar los procedimientos	Step 1: Describir objetivos Step 2: Indicar cuestiones de la investigación Step 3: Plantear hipótesis Step 4: Enumerar los procedimientos o técnicas metodológicas
	Move 9: Justificar los procedimientos o la metodología	Step 1: Citar el conocimiento establecido del procedimiento Step 2: Referir investigaciones previas
	Move 10: Mencionar los resultados	Step 1: Confirmar resultados Step 2: Invalidar resultados
	Move 11: Mencionar comentarios sobre los resultados	Step 1: Explicar los resultados Step 2: Hacer generalizaciones o interpretaciones de los resultados

		<p>Step 3: Evaluar los hallazgos actuales en relación con los de estudios anteriores o con respecto a las hipótesis</p> <p>Step 4: Exponer limitaciones</p> <p>Step 5: Resumir</p>
Discusión	Move 12: Contextualizar el estudio	<p>Step 1: Describir el conocimiento establecido</p> <p>Step 2: Presentar generalizaciones, afirmaciones, deducciones o lagunas de la investigación</p>
	Move 13: Consolidar resultados	<p>Step 1: Volver a exponer la metodología</p> <p>Step 2: Enumerar los hallazgos seleccionados</p> <p>Step 3: Remitir a la literatura anterior</p> <p>Step 4: Aclarar las diferencias en los hallazgos</p> <p>Step 5: Hacer afirmaciones o generalizaciones abiertas</p> <p>Step 6: Ejemplificar y demostrar</p>
	Move 14: Establecer limitaciones al presente estudio	<p>Step 1: Limitaciones sobre los resultados</p> <p>Step 2: Limitaciones sobre la metodología</p> <p>Step 3: Limitaciones sobre las afirmaciones hechas</p>
	Move 15: Sugerir más investigaciones	

Tabla 7. *Moves y steps* para el modelo IMRD. Fuente: Kanoksilapatham (2005).

También Zhang (2012), tomando como base el modelo de Swales (1990), desarrolló una taxonomía para las distintas secciones de los artículos relacionados con la psicología. En su modelo, basado en el clásico esquema IMRD que anteriormente hemos comentado, la función de cada tipo de información estaría estructurada en 41 unidades funcionales, dentro de las cuales 11 pertenecerían a *Introducción*, 10 a *Métodos*, 7 a *Resultados* y, finalmente, 13 a la *Discusión*. El modelo que este autor plantea se correspondería con el siguiente esquema:

Sección	Unidad funcional
Introducción	Afirmación sobre la importancia del tema
	Restricción del tema
	Aclarar la definición
	Revisar investigaciones anteriores sobre el tema
	Señalar una laguna en las investigaciones anteriores
	Indicar una razón para llevar a cabo la investigación
	Señalar la contribución de investigaciones previas
	Introducir la presente investigación
	Presentar hipótesis
	Resumir los métodos
	Dar valor a la presente investigación
Métodos	Relación con anteriores y próximos experimentos
	Justificación del procedimiento utilizado
	Anticipar los métodos
	Describir los participantes
	Describir los materiales
	Describir las tareas
	Perfilar los procedimientos experimentales
	Presentar las variables
	Esbozar los procedimientos de análisis de datos
	Presentar la fiabilidad y validez
Resultados	Describir el análisis presentado
	Volver a plantear las hipótesis
	Exponer los resultados
	Exponer los resultados adicionales
	Exponer resultados no válidos
	Evaluar las hipótesis
	Resumir los resultados
Discusión	Recapitular/resumir la investigación en curso
	Proporcionar/facilitar conocimiento sólido sobre el tema
	Destacar/poner de relieve resultados globales
	Indicar resultados esperados y no esperados
	Comparar los resultados con investigaciones previas
	Interpretar los resultados
	Ofrecer una explicación de los resultados
	Generalizar resultados
	Recomendar futuras investigaciones
	Indicar la importancia de los resultados
	Argumentación frente a objeciones

	Indicar las limitaciones del resultado
	Evaluar la metodología

Tabla 8. Taxonomía de las distintas secciones de artículos pertenecientes a la rama de Psicología. Fuente: Zhang (2012).

Una aplicación importante para este autor, y que destaca después de realizar su estudio, es en entornos experimentales, informatizados y digitales, ya que “*estas unidades funcionales sirven como indicadores en la navegación, para ayudar a organizar, seleccionar, localizar y reconocer información, que influye en mayor o menor medida el comportamiento en la navegación*” (Zhang 2012).

II.1.2.1.1.2. Análisis desde el enfoque de género orientado hacia la sección de método

A partir de los resultados encontrados por Swales (1990), otros muchos estudiosos del tema se han centrado, de nuevo, no en la estructura retórica global de la publicación científica, que responde a una macroestructura del tipo IMRAD, sino en solo una sección. Lim (2006) basa su análisis en el estudio de la sección de *Método* en una disciplina dentro de las ciencias sociales: la administración de empresas. Dicha sección, para este autor, se centra principalmente en las descripciones de los métodos de investigación empleados en una investigación relacionada, en estudios causales comparativos o en investigaciones experimentales, y está basada en los principales elementos que componen la misma: la muestra y las técnicas de muestreo, los procedimientos de recogida de datos, el uso de los instrumentos y los procedimientos de medición de las variables y análisis de datos.

Pues bien, Lim se apoya en estos cuatro elementos para enunciar las 3 *moves* que compondrían su modelo para los 20 artículos relacionados con el área antes mencionada, extraídos de las dos principales revistas de dicha disciplina:

1. *Describir procedimiento/s para la recogida de datos.* En ella se llevaría a cabo una especificación de las características de la muestra y, a través de una serie de *steps* o *acciones*, se analizarían los procedimientos que envuelven la recogida de la muestra.
2. *Delimitar procedimientos para la medición de variables.* Los autores de los trabajos explicarían aquí cómo se podría llevar a cabo la medición de las

variables dependientes e independientes para poner de manifiesto la credibilidad, precisión y exhaustividad del estudio.

3. *Aclarar el/los procedimiento/s para el análisis de datos.* Esto se llevará a cabo por medio de técnicas dirigidas al análisis de datos, a la comprobación de la hipótesis del trabajo y a la búsqueda de respuestas para cuestiones planteadas en la sección de *Introducción*.

Con todo esto, el modelo de Lim (2006) quedaría desglosado de la siguiente forma:

Move retórica	Step constituyente
Move 1: Describiendo procedimiento/s de recogida de datos	Step 1: Describiendo la muestra (a) Describir el lugar de la muestra (b) Describir el tamaño de la muestra/población (c) Describir las características de la muestra (d) Describir la técnica o criterio para la recogida de muestras
	Step 2: Volver a contar los pasos en la recogida de datos
	Step 3: Justificar procedimiento/s de recogida de muestras (a) Destacar las ventajas de usar esa muestra (b) Mostrar la representatividad de la muestra
Move 2: Delimitando procedimiento/s para la medición de variables	Step 1: Presentación del esquema general del diseño
	Step 2: Explicar método/s de medición de variables (a) Especificar los ítems del cuestionario/base de datos (b) Definir variables (c) Describir métodos de medición de variables
	Step 3: Justificación del/los método/s de medición de las variables (a) Citar método/s de investigaciones previas (b) Destacar la aceptabilidad del/los métodos
Move 3: Aclarando procedimiento/s de análisis de datos	Step 1: Contar (o volver a contar) el/los procedimiento/s de análisis de datos
	Step 2: Justificar el/los procedimiento/s de análisis de datos
	Step 3: Presentación anticipada de resultados

Tabla 9. Modelo propuesto para la sección de *métodos*. Fuente: Lim (2006).

II.1.2.1.1.3. Análisis desde el enfoque de género orientado hacia la sección de resultados y discusión

También la sección de *Resultados* es objeto de las investigaciones llevadas a cabo por distintos investigadores, aunque como menciona Thompson (1993) ha sido una sección menos estudiada que, por ejemplo, la *introducción* y la *discusión*. Para esta autora, esta sección merece ser estudiada a fondo porque es en ella donde se presenta el nuevo conocimiento y la función de los datos experimentales. Es por ello que su estudio lo basa en el análisis de las *moves* de la sección de *resultados* en bioquímica. Para Thompson (1993) los *moves* retóricas que categorizan a esta sección y que dotan de validez a los datos y hechos científicos y a las afirmaciones categóricas de conocimiento responderían al siguiente esquema:

Move retórica	Significado semántico
Justificaciones metodológicas	Revela la lógica del científico a la hora de usar ciertos métodos experimentales, protocolos, técnicas o equipos de laboratorio, es decir, el <i>por qué</i> de ese método, para así convencer al lector de la validez, calidad y precisión de los datos experimentales.
Interpretaciones de resultados	Explican el significado de los datos experimentales, por medio de verbos modales típicos: “sugerir”, “indicar” o “inferir”, entre otros
Comentarios evaluativos de los datos	Evalúan directamente la calidad de los datos o la consistencia interna
Citar acuerdo con estudios preestablecidos	Estas citas hacen un llamamiento a la universalidad, es decir, hacen que la investigación parezca una parte de un conocimiento consensual establecido. Indican la similitud o consistencia entre los resultados del estudio y los de estudios anteriores
Indicar/explicar discrepancias	Afirmaciones que indican o explican diferencias cuantitativas, generalmente, en los datos experimentales del mismo estudio o con los de estudios similares
Anuncios de posteriores investigaciones	Enfatizan la necesidad de futuras investigaciones para aclarar problemas de interpretación o rellenar un hueco en el conocimiento científico
Admitir perplejidades interpretativas	Afirmaciones que admiten la dificultad en la explicación de los resultados experimentales o discrepancias

Tabla 10. *Moves* retóricas de la sección de *resultados*. Fuente: Thompson (1993).

Esta autora llama la atención de futuras investigaciones en base a su estudio para ver si se puede aplicar este modelo a otras disciplinas científicas fuera de la bioquímica.

Brett (1994) a través del análisis de 20 artículos relacionados con la sociología establece una serie de *moves*, concretamente 16, que él llama *categorías comunicativas*, presentes en la sección de *Resultados*. La estructura de modelo estaría compuesta por tres grandes categorías –*metatextual, presentación y comentario*- de las que dependerían otras subcategorías y cuyos tres elementos básicos de información estarían relacionados con: figuras o ilustraciones donde se pueden encontrar los resultados, frases que presentan los hallazgos más importantes –a través de la comparación, la variación en el tiempo o la relación entre dos o más variables-, y el comentario de dichos resultados, cuya función sería la de generalizar, explicar o comparar con otros estudios.

Así pues, su modelo quedaría expresado de la siguiente manera:

Categorías Metatextuales	
Indicador	Indica qué datos se van a discutir
Estructura de la sección	Indica el orden y el contenido del texto que sigue
Categorías Presentación	
Del procedimiento (relativo a)	Explica cómo y por qué se han producido los datos
Hipótesis mencionada	Repite los objetivos de la investigación o crea otras hipótesis debido a los hallazgos que han sido discutidos
Mención de hallazgo	Da significado a los datos numéricos con un comentario escrito sobre ello. Contendría tres subcategorías: <ul style="list-style-type: none"> - Comparación - Cambios en el tiempo - Relación entre variables
Justificación/comprobación del hallazgo	Discusión adicional de los resultados provocados por otras variables que también han sido analizadas y que no suponen ningún resultado relevante para la investigación
No-validación/comprobación del hallazgo	Informe para datos y otras variables que no apoyen el hallazgo principal
Categorías Comentario	
Explicación del hallazgo	Sugerir motivos para el hallazgo
Comparación del hallazgo con la literatura	Existen tres modos para dicha comparación: <i>lo mismo, ni lo mismo ni diferente, y diferente</i>

Evaluación del hallazgo: Hipótesis	Hay dos caminos para la evaluación de los hallazgos en relación con las hipótesis: <i>lo mismo que la hipótesis</i> , que confirma que el hallazgo se corresponde con la hipótesis original; <i>diferente de la hipótesis</i> , que indica que los hallazgos no están en línea con la hipótesis inicial
Otras cuestiones planteadas por el hallazgo	Analiza un hallazgo o plantea cuestiones sobre la deficiencia de un hallazgo
Implicaciones del hallazgo	El autor ofrece sus ideas sobre las implicaciones del hallazgo en consecuencias presentes o futuras
Resumiendo	Resume un acopio de resultados y aclaraciones

Tabla 11. Categorías comunicativas para la sección de *resultados*. Fuente: Brett (1994).

Este modelo, en propias palabras del autor, aunque refleja la sección de *Resultados* de artículos perteneciente a sociología, podría servir para materializar los roles de la sección de *Resultados* y *Discusión* de los artículos sobre ciencia y tecnología, reflejado en la presencia de similares categorías comunicativas (Brett 1994). Muestra de ello es la aplicación de este modelo en el estudio de Posteguillo (1999), quien analiza un corpus de 40 diferentes artículos de investigación seleccionados de tres revistas académicas relacionadas con la informática y que corroboran los hallazgos de Brett en relación a la organización cíclica de las *moves* en esta sección y la relevancia de las *moves* relativas al procedimiento, aunque con alguna variación relativa a la combinación de dichas *moves*.

II.1.2.1.1.4. Análisis desde el enfoque de género orientado hacia la sección de discusión

En lo que respecta a la sección de *Discusión* en los artículos científicos, los estudios sobre la misma se remontan a la década de los 80⁹. Hopkins y Dudley-Evans (1988) tras examinar el modelo propuesto por Swales para la *Introducción* decidieron hacer lo propio con la *Discusión* de los artículos científicos, dándose cuenta, desde un primer momento, que el tipo de descripción lineal usada por Swales para su sección no era útil puesto que, además, no existía una regularidad en la secuencia de las *moves*.

⁹ Década en la que Swales, en 1981, realiza un estudio de la sección de *Introducción* de artículos científicos. El modelo resultante de dicho análisis fue modificado y mejorado posteriormente en 1990 y en 2004.

El modelo de *moves* propuesto por estos autores, y resultante de su estudio, que es capaz de describir las características transaccionales, de interacción y lógicas del discurso y así lograr la diferenciación y caracterización de géneros y subgéneros, se puede explicar en el siguiente cuadro:

Moves	Significado retórico
Información básica	
Mención de resultados	
Resultado (in)esperado	Comentario sobre si los resultados nos esperados o no
Referencia a trabajos anteriores (comparación)	Comparación de los resultados del investigador con aquellos presentados en la literatura
Explicación de resultados insatisfactorios	Sugerencias por parte del autor del trabajo sobre las razones para ese resultado sorprendente o diferente de los encontrados en la literatura
Ejemplificación	El autor da un ejemplo para apoyar la explicación
Deducción	El escritor afirma sobre la posibilidad de generalizar sus resultados particulares
Hipótesis	El autor hace una afirmación más general en vista de sus resultados experimentales
Referencia a estudios anteriores (apoyo)	El escritor cita textualmente trabajos anteriores que apoyan su deducción o su hipótesis
Recomendación	El autor del trabajo hace algunas sugerencias para un futuro trabajo
Justificación	El escritor justifica la necesidad de un futuro trabajo recomendado

Tabla 12. *Moves* retóricas para la sección de *discusión*. Fuente: Hopkins & Dudley-Evans (1988).

Años más tarde, otros estudiosos abordan también esta sección de *Discusión*. Ng & Peh (2009) establecen la información -esta vez no en forma de *moves*- que debería contener la sección de *Discusión* de los artículos científicos, para su perfecta comprensión y su mejor exposición, ayudando a los autores a organizar sus pensamientos y decidir qué información incluir ahí, así como el flujo que debe seguir la línea argumental. Pues bien, la información, que se encuentra estructurada en ocho bloques y que debería estar presente en dicha sección, quedaría expuesta de la siguiente manera:

Información en la sección de Discusión	Significado
Resaltar nuevos e importantes hallazgos	Resalta lo original del estudio y explora posibles mecanismos o explicaciones para nuevos hallazgos
Presentar los principios, las relaciones y las generalizaciones que se deriven de los resultados	La secuencia será de la siguiente forma: se expone la cuestión, después los resultados relevantes, y, por último, se citan los trabajos de otros autores que han encontrado algo similar
Confirmar con trabajos anteriores	Compara y contrasta sus resultados e interpretaciones con anteriores trabajos relevantes sobre el tema, que han sido publicados
Resumir las implicaciones del trabajo actual	Se discute cualquier posible aplicación científica y clínica para los hallazgos y sus implicaciones
Identificar hallazgos contradictorios e inesperados	Se explica cualquier resultado que difiere de lo se esperaba
Exponer las limitaciones de los métodos usados	Ver cómo afectan dichas limitaciones la precisión y la fidelidad en la interpretación de los resultados
Ofrecer una conclusión concisa	Principales puntos dirigidos a los objetivos del estudio
Sugerir otras áreas de investigación	Claridad a la hora de proponer el tipo de estudio que mejor se ajusta a la investigación

Tabla 13. Información presente en la sección de *discusión*. Fuente: Ng & Peh (2009).

II.1.2.2. Los géneros biomédicos en el discurso médico especializado: artículo científico, artículo de revisión, cartas al director y editoriales y caso clínico

Como se ha señalado con anterioridad en este trabajo de investigación, no todos los tipos de discursos científicos son iguales; cada uno tiene unas características propias que lo hace distinto de otro tipo de discurso. La biomedicina también tiene un discurso propio, plasmado en diferentes géneros documentales, según el propósito que tengan en su transmisión: cada género documental será usado para transmitir un hecho científico distinto como acto comunicativo diferenciado.

En un plano material, concreto y cercano a nuestra investigación, podemos señalar que el diálogo entre los científicos de una misma comunidad discursiva adquiere diferentes formas, diferentes modelos. Las palabras que articula un doctor durante la comunicación médica, tanto verbalmente como por medio de la escritura deben ser, y de hecho son, organizadas en varias formas, pero todas ellas con un patrón muy bien

diseñado. Utilizan para ello géneros médicos específicos que han llegado a tener una forma, una estructura y un estilo bastante estable, aunque también han sido sensibles a los cambios en la disciplina (Piqué-Angordans & Posteguillo 2006), debido a las nuevas necesidades socio-cognitivas y discursivas de los expertos y usuarios de la misma en todo el mundo, y asimismo a los avances tecnológicos en el campo de la medicina (Li & Ge 2009).

Cabe pues destacar que en biomedicina existen muchas formas de comunicar los hallazgos y las nuevas investigaciones en ese área: “*el conjunto de publicaciones variado, complejo y de progresiva especialización que circula entre los profesionales de la salud recibe el nombre genérico de Literatura Médica*” (Uribarri 2012, p. 124).

Todas esas formas se materializan en diversos géneros, cada uno de ellos con características y estructuras distintas, en los que tanto la disposición del texto como la terminología usada son críticos para ser tratados como tal (López Rodríguez 2000). Estos aspectos diferencian unos géneros de otros y facilitan que se publiquen un gran número de materiales, que las revistas clasifican en diversas categorías: artículo original, caso clínico, nota técnica, ensayo gráfico, revisión o reseña, comentario, editorial, carta al editor, material no científico y otros (Peh 2008).

De este modo, con todas las especificaciones y las características antes tratadas, el discurso biomédico, se materializa en unos géneros documentales propios de esta rama de conocimiento, con una estructura determinada distinta de la de otros tipos documentales de otras ramas del saber, y que permiten la comunicación entre científicos. Piqué-Angordans & Posteguillo (2006) y Grant & Laird (1997), en relación con los géneros escritos utilizados para la comunicación científica, mencionan una serie de ellos: editoriales, artículos de investigación, resúmenes, correspondencia, casos clínicos, artículos sobre el estado de la cuestión, evaluación por colegas, réplicas a estas evaluaciones, cartas de aceptación o rechazo de un trabajo, programas de conferencias, divulgación médica, informes de encuentros científicos, noticias médicas, cartas de aplicaciones, recensiones bibliográficas, punto de vista personales y cartas al editor, por nombrar algunas.

Pilegaard (1997) en referencia al concepto de género, elabora una lista con los géneros médicos tradicionales¹⁰: *case report, disease review, treatment-focused report, research paper/experimental report, dissertation, medical textbook, speech/printed*

¹⁰ Estos géneros aparecen en inglés y se ha obviado su traducción porque la mayoría de ellos se forjaron en lengua inglesa, adaptándose por el carácter universal del saber al resto de lenguas.

version of speeches. A raíz de estos géneros tan diversos concluye que el género impone más bien restricciones en cuanto a la estructura y al contenido de los textos.

Un estudio llevado a cabo por Muñoz Torres (2011) sobre el análisis de un corpus de 300 textos médicos escritos e informatizados publicados entre 1990 y 2001, de las más prestigiosas publicaciones biomédicas de diferentes ámbitos y nacionalidades, da como resultado una clasificación con una gran cantidad y variedad de textos médicos, que se materializan en 31 géneros distintos:

Caso clínico	Prospecto de medicamento
Artículo de investigación	Artículo médico publicitario
Artículo de opinión médica	Folleto médico publicitario
Editorial médico	Anuncio médico publicitario
Reseña médica	Publirreportaje médico
Cartas al editor	Protocolo clínico
Trabajos de investigación académicos	Normas para protocolos
Resumen de investigación	Clasificación médica
Artículo de divulgación	Plan de estudios médicos
Enciclopedia médica	Manual de instrucciones (para aparato médico)
Diccionario médico	Recomendaciones clínicas
Base de datos bibliográficos	Página web médica
Historia clínica	Chat médico
Informe médico anual	Foro de discusión médica
Cuestionario médico	Lista de distribución médica
Tratado médico	

Tabla 14. Clasificación de los textos médicos. Fuente: Muñoz Torres (2011).

Por su parte, Puerta López-Cozar & Mauri (1995) identifican una serie de géneros como principales vehículos de expresión de los profesionales de la salud, cada uno con unas características propias y con una estructura fijada que concuerda en mayor o menor medida con los estudios antes mencionados (Huth 1992; Nwogu 1997; Paltridge 1997; Vázquez del Árbol 2005). Entre ellos se encuentran los siguientes: artículo original (research article, journal article, original article, original investigation, original contribution); revisión (review article); editorial (editorial); correspondencia / carta al director (letter to the editor, correspondence, letters, editor's correspondence); nota clínica / caso clínico (clinical note / case report); conferencia clinicopatológica (consensus-development-conference); la imagen de la semana (images in clinical medicine); crítica de libros / reseña de libros / presentación de libros (book review);

diagnóstico y tratamiento (treatment-focused report) y conferencia clínica (clinical conference). En todas ellas hay diferencias relacionadas con las secciones en las que se dividen, las características propias de la investigación y los procedimientos utilizados en la misma.

Pese a haber diferencias en las secciones de los distintos géneros biomédicos que hemos comentado, todos ellos cumplen una doble función: describir partes de una realidad a través de objetos biológicos y las relaciones entre ellos, y, por otra parte, dan forma al camino en el cual el nuevo conocimiento se enmarca en el ya existente, ingente y acumulado conocimiento, por medio de una estructura argumentativa, retórica y discursiva (Sándor & De Waard 2012). Estos géneros biomédicos van a permitir el intercambio de conocimiento con más facilidad, demostrar el uso de nuevas destrezas y prácticas profesionales para solventar problemas y el debate sobre cuestiones profesionales importantes (Happell 2012).

Una vez identificados los géneros dentro de la comunicación biomédica haremos alusión a la investigación específica del análisis de género aplicado al campo biomédico. Desde la perspectiva pragmática de análisis de género hay varios estudios sobre tipologías de textos médicos. Destacamos las clasificaciones propuestas por Alarcón Navío (1998) o la realizada por Posteguillo Gómez & Piqué-Angordans. (2007); Muñoz, C. A. (2002); Muñoz & Guerrero (2013); Mayor Serrano (2003; 2004); López Rodríguez (2000), etc.

Son muchos los autores que han estudiado los *subgéneros del discurso biomédico* desde una perspectiva de análisis discursivo y la retórica contractiva, bien desde el ámbito de la traducción, la enseñanza del inglés para fines específicos o la lingüística aplicada. Señalaremos algunos de los trabajos más relevantes para cada uno de los subgéneros de la literatura médica.

Maher (1990) nos habla de la anatomía del *artículo médico* como aquella que constaría de la siguiente estructura: resumen, introducción, métodos, resultados y discusión. Cada una de estas partes constaría de una serie de subestructuras: la definición de términos y el *background* en la introducción; la muestra, el período o el tiempo de investigación, la localización, los procedimientos y el análisis de los datos en la parte de métodos; el análisis de la muestra y de los datos en la sección de resultados; y la confirmación de la hipótesis inicial, la justificación, la importancia del estudio y las implicaciones para futuras investigaciones en el apartado reservado a la discusión.

Martín Martín (2003) propone un esquema retórico para el artículo de investigación con cuatro componentes estructurales básicos: introducción, métodos, resultados y conclusión – que se refleja también en la estructura de los resúmenes. Estos componentes estructurales guardan semejanza con los que han encontrado Sándor & De Waard (2012) en su trabajo, aunque ellos mencionan al resumen como parte de dicha estructura y en el que se enumeran los hallazgos que más tarde se mencionarían en el texto principal. Vázquez del Árbol (2005), por su parte, propone tres unidades estructurales amplias en biomedicina que consisten en tres elementos, de acuerdo con su posición y función: Introducción, Desarrollo y Conclusión Final. Dentro de ella habría partes, a las que denomina claves¹¹: “*advice; agreement with previous Studies; background information; conclusions; closure; context of the study, disagreement with previous Studies; hipótesis; information about the current momento; information about the future; indicating a gap; materials; methods; need for further work in the future; previous research; presentation of the study; purpose of the study; question-raising; results; results that agree with previous studies; results that disagree with previous studies; rationale/justification for the study; salutation; and hidden*”. Menciona la autora que no todos ellos están en las estructuras de los sub-géneros existentes en biomedicina, y que no todos son igualmente relevantes, puesto que algunos son afirmaciones factuales claves o centrales, mientras que otras son simplemente soportes de los hallazgos o meras hipótesis (Sándor & De Waard 2012).

Algo más concreto es Nwogu (1997), que aunque coincide en gran parte con las denominadas “claves” de Vázquez del Árbol, enuncia que la investigación médica es altamente técnica con un formato estándar de presentación de la información compuesto de unidades, concretamente 11, asignadas en niveles de información. Este autor establece cuatro niveles: sección de introducción, sección de métodos, sección de resultados y sección de discusión, con distintas funciones discursivas: la introducción contendría el background, una revisión de investigaciones anteriores y una presentación de la nueva investigación; la sección de métodos describiría los datos, los procedimientos experimentales y el análisis de dichos datos; por su parte, la sección de resultados incluiría las observaciones consistentes y las no consistentes obtenidas en la investigación; y por último en la de discusión se abordaría los resultados globales y específicos y las conclusiones de dicha investigación. De todas estas unidades o *moves*, como las llaman autores como Swales, Nwogu menciona que sólo tres son opcionales –

¹¹ Hemos preferido enumerarlas en el idioma que aparecen en el texto para no perder ningún matiz de su significado en la traducción.

background, el análisis de dichos datos, y las observaciones no consistentes obtenidas en la investigación- siendo las ocho restantes unidades “exigidas normalmente”.

En virtud de la estructura anteriormente descrita por Nwogu, Li & Ge (2009) realizaron un estudio en el que analizaron la evolución lingüística y estructural de artículos científicos escritos en inglés. En sus resultados encontraron que la opcionalidad mencionada por Nwogu de dichas *moves*, se transformó en obligatoriedad de las mismas; y esto debido a que, gracias a estas estructuras, los expertos en biomedicina ganan credibilidad, poder de persuasión, interés, y consistencia en sus investigaciones, ofreciendo, entre otras cuestiones, nuevos métodos de medición y mayores fuentes en la investigación biomédica.

Por su parte Huth (1992) nos habla del “razonamiento crítico” para llevar a cabo una estructuración de los trabajos biomédicos. Este razonamiento lleva a una disposición natural de la información que los autores de trabajos en esta disciplina tienen que definir: presentación del problema, presentación de las evidencias, validez de las evidencias, implicación de las evidencias, evaluación de la validez de la respuesta teniendo en cuenta las pruebas contradictorias y conclusión.

Hay una serie de trabajos que, desde modelos de la lingüística contrastiva aplicada a la didáctica de las segundas lenguas, analizan aspectos específicos del artículo biomédico como la matización asertiva y la conexión argumentativa en las secciones de introducción y discusión (Mendiluce Cabrera 2004; Mendiluce & Hernández 2004, 2005; etc].

El *artículo de revisión* ha sido estudiado también, desde fines de los 80, por autores como Mulrow (1987), Huth (1987), Squires (1989) o, más recientemente, Morales y Tona (2006), etc., analizando sus características retóricas generales u orientado a disciplinas específicas, desde la perspectiva de la atenuación y crítica retórica.

Las *cartas al director y editoriales* han sido analizadas por Vázquez y del Árbol (2002, 2004, 2005). La autora, siguiendo el modelo de Paltridge (1997) y aplicándolo a la traducción médica español-inglés, analiza contrastivamente la estructura retórica de un corpus de 25 cartas al director y 25 editoriales como subgénero de opinión en el discurso médico.

Destacamos también dentro de esta casuística genérica el género del *caso clínico*¹², llamado en el siglo XIX “notas de casos” (Salager-Meyer 2012), uno de los géneros prototípicos de las ciencias biomédicas menos estudiado desde la perspectiva de análisis de discurso (Morales [et al.] 2007; Morales 2008), y que constituye, probablemente, una de las formas más antiguas de comunicación científica médica (Huston & Squires 1996; Pertuzé 2006).

El conocimiento de este tipo de género, como el de cualquier otro, supondría un ahorro de tiempo y esfuerzo en su producción si se utilizara un formato adecuado y normalizado y “una retórica discursiva adecuada para cada instancia” (Uribarri 2012, p. 125), evitando así el estar mal construido. Bayoumi & Kopplin (2004) afirman que la tradición médica y los libros de texto enseñan un formato normalizado que normalmente contiene la siguiente cronología: información de identificación, problema principal, historia presente y pasada de la enfermedad, medicación, historia social y familiar y, por último, revisión del sistema.

II.2. El caso clínico desde la perspectiva del análisis de género

Como se ha descrito en el epígrafe anterior, son muchos los subgéneros que nos podemos encontrar en biomedicina, cada uno de ellos con unas características distintas según la función que quieran cumplir. Todos ellos han sido estudiados desde diversos puntos de vista, si bien es cierto que no todos han sido investigados de la misma manera ni con la misma profundidad. Un ejemplo de lo que estamos hablando es el caso clínico, un género biomédico que ha sido poco estudiado, aunque los estudios que han versado sobre él han llegado a grandes conclusiones.

Para poder analizar con cierto rigor este tipo de género biomédico hay que saber, en primer lugar, qué es lo que se conoce como caso clínico, en contraposición de lo que son otros géneros biomédicos; el saber de qué se trata nos ayudará a analizar con más profundidad sus características y funciones, enmarcando de manera explícita nuestra investigación, y a eliminar ambigüedades sobre su naturaleza y denominación.

¹² El caso clínico es también conocido como reporte de casos, reporte de caso clínico, estudio de casos, historia de casos o nota clínica. En inglés es denominado: case report, selected report, brief report, short report, clinical/scientific note, experience & reason, clinical & laboratory, y clinical report observations, brief communication, experience & reason, o clinical & laboratory observations, entre otras (Carey 2006b; Morales 2008).

II.2.1. El concepto de caso clínico: Aspectos generales

Los casos clínicos atribuyen su origen a Sydeham, en el siglo XVII, y actualmente obedecen al reino de la anécdota (Carey 2006b); pese a esto, se han convertido en una significativa contribución al progreso de la medicina, sobre todo a partir de finales del XIX, fenómeno provocado por los avances, por un lado, tecnológicos y, por otro, en la comunicación y el transporte (Coccia & Ausman 1987), eso sí, cuando se realizan con el adecuado rigor científico (Burgos Rodríguez, Chicharro Molero & Bobenrieth 1994). La asistencia médica es, de alguna manera, una acumulación de casos clínicos, al igual que la población es una colección de gente; al igual que cada persona es importante y única, los casos clínicos nos enseñan eso mismo Smith (2008). En palabras de Merino-Trujillo (2009, p.852) son “*observaciones registradas cuidadosamente para producir conocimiento sobre un caso particular*”, “*una observación original (es decir, sin imitación) o excepcional*” (Bettega 2012), con información importante y detallada sobre un individuo determinado (Kidd & Hubbard 2007), que constituye la primera contribución a la literatura médica que los autores de casos interesantes e inusuales realizan (Riley 1975), la más breve y simple categoría de artículo científico (Adams Smith 1984), una fuente de inspiración para médicos y científicos que buscan nuevas ideas y nuevas investigaciones (Kidd & Saltman 2012) y el arquetipo del artículo médico, siendo su origen la carta sobre un paciente que interesa (Roland 1968).

Estos casos clínicos obedecen al interés de los profesionales de compartir experiencias de diagnósticos y tratamientos de pacientes, de ahí que no sean una muestra representativa de la población, privándolos de validez externa a la hora de extrapolar resultados a un universo.

Podemos considerarlo a grandes rasgos como una comunicación de una o más observaciones clínicas (máximo 10) que por sus peculiaridades o rarezas no se hallan en los libros de texto (López Rodríguez 2000), de ahí que la mayoría de las veces se pierden entre estudios más extensos y generales (Kidd & Hubbard 2007). Un caso clínico, se puede decir, es la presentación comentada de un paciente, o de un grupo de pacientes, que se convierte en “caso”, en un ejemplo o modelo que ilustra algún componente clínico peculiar, singular o raro (Gervás Camacho [et al] 2002). Dicho de otro modo, “*un corto informe que describe un caso clínico aislado o un número pequeño de casos. Ellos deben describir nuevos o no comunes diagnósticos, resultados*

o pronósticos inusuales, terapias usadas nuevas o poco frecuentes, y efectos de terapias no descubiertas usualmente en pruebas clínicas” (Khan & Thompson 2002, p. 849); es decir, “*son generalmente no más que anécdotas perfeccionadas*” (Morgan 1985, p. 353), configurándose la mayoría de las veces como la primera línea de evidencia para nuevas terapias y desarrollar nuevas áreas temáticas (Kaimbo 2012). De aquí se puede extraer que muchas veces la valoración crítica que se hace de este tipo de género científico esté relacionada con la subjetividad del mismo, no existiendo instrumentos objetivos para la evaluación de los mismos (Ramulu [et. al.] 2005). Vandenbroucke (1999) afirma que en ellos “*la mayoría de la veces está presente el elemento sorpresa*” (p. 60), siendo dicha sorpresa fruto de una comparación con nuestra expectativa teórica.

Green y Johnson (2000) lo consideran un “*tipo específico de diseño de investigación que informa sobre el aspecto de gestión o dirección de uno o dos pacientes*” (p. 51), es decir, que la importancia de un caso clínico viene determinada porque no sólo ofrece datos, sino que también suministra información útil sobre lo que ocurre en la práctica clínica. Es por eso por lo que el conjunto de casos clínicos puede tener un valor práctico tanto para los profesionales de la medicina como para los que toman las decisiones (Smith 2008).

Las series de casos clínicos, en las que se presentan a un grupo de pacientes con el mismo diagnóstico o las mismas características y en las que se evalúan la evolución o el resultado de las intervenciones (Gervás Camacho [et al.] 2002), se pueden considerar una extensión de estos casos clínicos, puesto que describen una nueva técnica; o una nueva complicación de una nueva o establecida técnica, dando muchas veces una fuerte evidencia de la efectividad de un tratamiento y siendo usadas para introducir una nueva técnica quirúrgica que es mejor que los procedimientos existentes y que mejora y cambia la práctica médica (Grant & Laird 1997).

Antes de seguir avanzando, hemos de aclarar la diferencia que existe entre *casos clínicos* y *presentaciones de casos*. Los primeros son aquellos que animan y provocan a la comunidad médica a realizar estudios posteriores relacionados, mientras que las presentaciones están directamente relacionadas con el lector individual y son muy apropiadas y apreciadas para una función educativa (Doherty 1994).

Los casos clínicos han pasado por dos estructuras discursivas y unos elementos narrativos distintos desde finales del siglo XIX. Taavitsainen & Patha (2000) sitúan la primera forma escrita de los casos clínicos –ya que desde la Edad Media se venían produciendo como género oral (Morales 2008)- en 1880 en la revista *British Medical*

Journal (BMJ). En los casos clínicos de esta primera etapa, en palabras de los dos autores, se entrelazan dos niveles de estructuras narrativas: la del autor, que expresa su opinión y punto de vista por medio del pronombre en primera persona, de adjetivos emotivos y de frases exageradas, y, por otro lado, la que describe la enfermedad del paciente, que ofrece los hechos básicos de la misma, y que está escrita en tercera persona para situar al paciente y sus síntomas en primer plano. En esa época inicial vemos como en esa época inicial los casos clínicos reflejan las relaciones interpersonales entre el autor y el lector de los mismos. Con el paso de los años vemos que los casos clínicos publicados en el periodo transcurrido entre los años 1965 y 1995 cambian de manera importante: la neutralización del autor del caso se convierte en algo fundamental, restringiendo su presencia al comienzo y al final del caso; y se llega a convertir en algo convencional la estructura textual global de los casos, comenzando los mismos por una parte en la que se explicaría por qué se registra dicho caso, le seguiría la descripción del caso en orden cronológico de los hechos y con toda la información pertinente para su comprensión, y terminaría con unos comentarios y una evaluación del mismo. En esta etapa, en cambio, y a diferencia de los casos clínicos de la primera época, este género refleja la distancia y la objetividad, pese a que la presencia del autor se refleja en los metacomentarios, pero lo que ocurre es que dichos comentarios los realiza en tercera persona y siempre relacionados con los hechos clínicos y guardando la integridad y el anonimato del paciente.

La narrativa, como acabamos de ver, debería jugar un papel importante en los casos clínicos, ya que en ellos está presente de una manera indiscutible la descripción y narración sobre el paciente y un efectivo propósito comunicativo de su enfermedad y tratamiento, pudiendo en muchas ocasiones ser el punto de partida para teorizar, construir conocimiento y mejorar la enseñanza y la práctica de la medicina (Morales [et al.] 2007); Bauyomi & Kopplin (2004) hablan de los “*casos clínicos historiadados /relatados*” en los que, como mencionan dichos autores, la narrativa jugaría un papel fundamental con dos historias distintas interrelacionadas en relación con la historia de la enfermedad presente: la experiencia del paciente sobre su dolencia o enfermedad, y la del doctor, en términos de diagnóstico, tratamiento o razonamiento terapéutico; por desgracia este tipo de caso no ha surtido el efecto deseado entre los profesionales médicos.

Los casos clínicos, también llamados, estudios de casos, como hemos mencionado al comienzo de nuestra exposición, pueden presentar varios formatos

aunque, independientemente de dichos formatos, consisten generalmente en la descripción de aspectos específicos de la asistencia sanitaria de un paciente, así como una evaluación crítica de al menos un aspecto de dicha asistencia, es decir, que no sólo describe sino que facilita la comprensión y el conocimiento de los aspectos elegidos a través de una serie de objetivos: ofrecer información crítica del cuidado del paciente, facilitar el aprendizaje a partir de experiencias anteriores, permitir la mejora de los planes de administración de cuidados a los pacientes, y el desarrollo de herramientas, guías y destrezas para la resolución de problemas y la práctica diaria (Aitken & Marshall 2007). El valor de un caso clínico es evidente “*si aclara aspectos anatómicos, etiológicos, epidemiológicos, patológicos, diagnósticos o terapéuticos de una enfermedad*” (DeBakey & DeBakey 1983b, pp. 358-9), constituyendo algo vital en la ciencia médica, puesto que propone hipótesis apropiadas y fructíferas disponibles para la comprobación teórica y metodológica a través del método científico, participando así en el progreso de la medicina y cambiando el paradigma científico, siempre y cuando ese caso sea relacionado con la literatura científica pertinente (Simpson & Griggs 1985), convirtiéndose así en comunicaciones entre médicos con fines educativos y en fuente para la generación de hipótesis para científicos (Khan & Thompson 2002).

Pese al valor de los casos que acabamos de mencionar, existen algunas limitaciones en los mismos; Doherty (1994) las expone de la siguiente manera:

- Los casos clínicos son propensos a la parcialidad y la probabilidad, ya que ellos definen sólo un paciente o un número muy pequeño de los mismos, siendo esos individuos muy poco representativos de la población total de los mismos, puesto que además ellos pueden padecer múltiples patologías.
- Los casos clínicos no pueden ser usados para determinar prevalencia, riesgo o consecuencia.
- Los casos clínicos normalmente no pueden testar hipótesis.
- Y, los casos clínicos no se pueden extrapolar para la experiencia general.

II.2.1.1. Categorías de casos clínicos: función y principios constitutivos

En muchas revistas, en las reuniones del comité editorial, el tema de la publicación de los casos clínicos crea un animado debate donde los puntos de vista en contra y a favor se entremezclan (Tresaire 1995); estos casos clínicos constituyen una sección especial donde se describe la historia médica de un paciente con una patología

inusual, ilustrando básicamente los aspectos de un tratamiento prescrito en relación con una enfermedad (Piqué-Angordans & Posteguillo 2006), y permitiendo establecer un canal de comunicación entre clínicos para mejorar su práctica y atender exitosamente situaciones similares a las que se presentan en dichos casos (Morales 2008), pese a que muchas revistas siguen sin aceptar los casos clínicos como una importante práctica médica que ofrece importantes hallazgos (Grant & Laird 1997). Un caso clínico publicado en una revista médica funciona como un elemento de comunicación para propósitos académicos y clínicos (Hung, Chen & Tsai 2012). Los casos clínicos se convierten en informes y exposiciones vivas de alta legibilidad e impacto, aunque se citan menos que otros tipos de trabajos (Albreth [et al.] 2009; Nabil & Samman 2012), siendo necesario para su publicación en dichas revistas que los autores acepten los criterios, el contenido y el formato que dichas publicaciones ofrecen a los autores de los mismos en sus guías de elaboración (Cohen 2006).

Pese a la utilidad que más tarde comentaremos, son muchas las revistas que no publican entre sus trabajos casos clínicos, puesto que raras veces son citados por otros investigadores, como acabamos de mencionar, por ser considerados una forma inferior de publicación, lo que ocurre en la mayoría de las revistas médicas situadas en los primeros puestos de los rankings (Mason 2001); o si los publican lo hacen bajo otros epígrafes o relegados, de manera trivial, a la sección de comunicaciones breves o notas clínicas (DeBakey & DeBakey 1983b) o de cartas al director o al editor, y páginas electrónicas o como mencionan Iles & Piepho (1996) “*efectos adversos o informes breves*” (p. 576), entre otras denominaciones, siendo por ello la sección menos distinguida de la revista médica, de hecho cuanto más eminente es la revista menos casos clínicos publica (Morgan 1985). Esto es debido al importante papel que juega el *factor de impacto* de una revista en el mundo científico y al interesante valor de la citación de sus publicaciones (Walter, Rey & Dekker 2001), que en el caso de este género no es excesivamente elevado (Kidd & Saltman 2012) y no cumplen, como el resto de las publicaciones científicas médicas, la “*métrica*” establecida, puesto que estos casos clínicos sólo recogen un pequeño número de citas en relación con otros estudios analíticos (Carey 2006a). Salager-Meyer (2012) comenta que es este efecto en el factor de impacto junto con las limitaciones de espacio lo que hace que la mayoría de las revistas médicas lo excluyan de sus publicaciones.

Carey (2006b) hizo un estudio de las revistas científicas especializadas en varios campos biomédicos que publican casos clínicos y que contribuyen así, en gran medida,

al avance del conocimiento científico médicos; en ellas sitúa a *Annals of Plastic Surgery*, *Archives of Ophthalmology*, *Birth Defects Research*, *Clinical Genetics*, *Cleft Palate/Craniofacial Journal*, *Journal of Pediatrics*; *Neurology* y *Pediatrics*; a su vez comprobó que revistas como *American Journal of Human Genetics*, *Annals of Surgery*, *Archives of Otolaryngology*, *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, *British Journal of Surgery*, *Circulation*, *Journal of the American Medical Association* o *Laryngoscope* no lo hacen. En dicho estudio Carey (2006b), además, encontró una serie de revistas que también publican casos clínicos pero lo hacen con un formato modificado: *Annals of Thoracic Surgery*, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *American Journal of Ophthalmology*, *Chest*, *Journal of Medical Genetics*, *Lancet*, *New England Journal of Medicine*, *Obstetrics and Gynecology* y *Plastic and Reconstructive Surgery*, entre otras, son un ejemplo de ello.

Pese a existir, como acabamos de ver, un gran número de revistas que publican este género médico, los casos clínicos no están suficientemente representados en número en la literatura médica; para cambiar este paradigma y llenar el vacío se creó la revista *Journal of Medical Case Reports*, una revista online y una importante fuente global dedicada a la publicación de casos clínicos originales e importantes de alta calidad (Smith 2009) y al crecimiento y expansión del actual conocimiento médico, sirviendo como un recurso útil para resaltar puntos clave de aprendizaje para médicos generalistas (Wong 2008), incrementando de manera constante el valor académico de los casos en ella publicados (Smith 2009). En ella todos los casos clínicos, que no suelen exceder las 2000 palabras, las 10 referencias y las 3 imágenes, están en acceso abierto y responden en mayor o menor medida a una de las siguientes categorías (Journal of Medical Case Reports (a); Kidd & Hubbard 2007):

- a. Efectos no documentados o inusuales o interacciones adversas entre medicaciones.
- b. Presentación inusual o inesperada de una enfermedad.
- c. Asociaciones o variaciones nuevas en los procesos de una determinada enfermedad.
- d. Presentaciones, diagnósticos o gestión de nuevas y emergentes enfermedades.
- e. Asociación inesperada entre enfermedades o síntomas.
- f. Acontecimientos inesperados en el transcurso de la observación o tratamiento de un paciente.

g. Hallazgos que dan luz a posibles patogenias de una enfermedad.

La misma revista, y estos autores antes mencionados, dejan constancia que todos los casos clínicos que se publican en esta revista online son archivados y conservados en PubMed y PubMed Central, además de en otros repositorios como la Universidad de Postdam (Alemania), el INIST (Francia), en e-Depot, que es el archivo digital de todas las publicaciones electrónicas de la Biblioteca Nacional de Holanda y, como se menciona en la sede web de la revista, en bases de datos bibliográficas como: Cinahl, Citebase, DOAJ, Google Scholar, Index Copernicus, MEDLINE, OAster, SCImago, Scopus, SOCOLAR y Zetoc (Journal of Medical Case Reports (a)).

Una nueva perspectiva que irrumpe en la publicación de los casos clínicos está representada por *Case Journal*, revista centrada en la publicación de casos clínicos, que abre un nuevo camino en la publicación de los mismos, pues los casos que ella incluye contienen un gran factor humano, es decir, sus casos están contruidos a partir del diálogo, desde distintas perspectivas, entre paciente y doctor¹³ para poder ayudarle a través de sus problemas y ofreciendo una intensa relación entre ambos –de igual a igual, creando entre ambos, de una manera conjunta, un espacio de aprendizaje e incrementando así el valor del mismo (Smith 2009).

Junto a estas dos publicaciones, *Journal of Medical Case Reports* y *Case Reports*, podemos mencionar otras revistas, las cuales ofrecen la publicación de estos casos clínicos de forma principalmente online y que llegan a constituir verdaderos bancos de casos que permiten a los profesionales médicos de cualquier parte del mundo compartir nuevos e interesantes casos; entre ellas podemos mencionar (Salager-Meyer 2012): *BMJ Case Reports*, *The American Journal of Case Reports*, *Clinical Medicine Insights*, *International Medical Case Reports* y *Journal of Radiology Case Reports*.

II.2.1.1.1. Utilidad y función de los casos clínicos

Los profesionales de la medicina encuentran por casualidad pacientes con una dolencia inusual o reacciones a intervenciones médicas que normalmente, por ser algo tan específico, no aparecen descritos en los libros de texto; en este hecho se fundamenta la razón de publicar estos casos desde hace siglos: este género se convierte en un camino para compartir conocimiento y transmitir experiencias médicas.

¹³ Recordemos que los casos clínicos tradicionales están fundamentados en observaciones objetivas por parte del personal médico.

Según Vandembroucke (1999), hay dos categorías de casos clínicos: una es la que los relaciona con el progreso de la ciencia médica, y la otra es la relacionada con la educación y el control de calidad. En la primera de ellas, por su parte, este autor incluye aquellos casos clínicos basados en la descripción de nuevas enfermedades, los que tratan de las etiologías (causas) y el reconocimiento de efectos secundarios, los relacionados con el estudio de mecanismos y, por último, los que tratan terapias y pronósticos; muchos editores preferirán los relacionados con el progreso de la ciencia, pero los que reciben están basados tanto en la educación como en el control de calidad (Fox 2000). “*El objetivo de un buen caso clínico es especialmente presentar una idea*” (Vandembroucke 1999, p. 62), y esa idea dependerá del tipo de caso que se quiera hacer y que entraría en una de las categorías anteriormente comentadas: educación, terapia, pronóstico y etiología.

La utilidad de este género, desde un punto de vista científico (funcionalidad científica), es clara: son útiles para el avance de la ciencia médica y la práctica de la medicina, ya que por medio de ellos se presentan y describen al resto de la comunidad médica nuevas enfermedades, etiologías, tratamientos, terapias, pronósticos, mecanismos de acción, procedimientos..., generando esto nuevas hipótesis y, sobre todo, el desarrollo de la medicina y la comunicación entre clínicos (Morales [et al.] 2007; Vandembroucke 1999), que incrementará el corpus médico que ayudará al médico generalista en el cuidado de los pacientes (Wong 2008), puesto que ellos representan, sin depender de una gran cantidad de recursos o infraestructuras para realizar la investigación, un camino inicial, eficaz, accesible y “fácil de digerir”, para la comunicación de nuevas ideas, síndromes, tratamientos y reacciones adversas (Walter, Rey & Dekker 2001). Carleton & Webb (2012) dicen que “*los casos clínicos ofrecen a sus lectores un modelo reconocido para identificar casos raros similares en sus propias prácticas, alertan sobre nuevas o raras reacciones a un medicamento, y destacan innovaciones en la gestión médica, dilemas en la ética médica, y progreso en educación médica*” (p. 93).

Pero también, sigue mencionado Morales [et al.] (2007) y Vandembroucke (1999), la utilidad de los casos clínicos desde un punto de vista educativo (funcionalidad educativa) es digna de mención, puesto que la enseñanza y el aprendizaje médico han estado desde siempre muy unidos a los ejemplos de casos, tanto de manera escrita como oral (Tresure 1995). Los casos clínicos constituyen un recurso didáctico insustituible, ya que su presentación en clases, jornadas o congresos favorece

significativamente el aprendizaje y los descubrimientos, puesto que representan un eficaz medio de comunicación entre clínicos y estudiantes, creándose a partir de ellos condiciones para que se aprendan procedimientos, competencias o contenidos que no aparecen en libros de texto o clases tradicionales (Morales 2008), convirtiéndose así en una técnica fundamental para la enseñanza de la medicina (Morgan 1985), un buen camino para iniciar y preparar a los alumnos para la escritura científica de futuras investigaciones (Jupal, Thaledi & Thawani 2013), una manera de facilitar y evaluar presentaciones de casos y sugerir aspectos y puntos a mejorar (Onishi 2008), un trabajo conjunto de médicos, académicos, profesores e investigadores universitarios para elaborar una adecuada estrategia de aprendizaje, comunicación y proyección (Morales 2008), o una excelente introducción en la escritura académica o en el mercado laboral por medio de la aparición de la publicación del mismo en el currículum vitae del autor (Jamjoom, Nikkar-Estahami & Fitzgerald 2009).

El valor educativo de los mismos iría desde la ilustración de colegas hasta el reconocimiento de un síntoma complejo, así como una enfermedad específica única para provocar un estudio intenso y perfeccionar la comprensión del proceso de dicha dolencia (Coccia & Ausman 1987). Para ello, los casos clínicos deberían incluir aspectos tales como comprensión fundamental de una cuestión, descripción del nuevo conocimiento de una condición, complicación o cuidado y aclaración de aspectos anteriores no claros de una patología o cuidado (Aitken & Marshall 2007). Su redacción en un lenguaje cercano al de la práctica clínica diaria y en un orden lógico puede hacerlo más atractivo y más didáctico para un clínico con menos experiencia en lectura crítica de la literatura médica (Onishi 2008; Pertuzé 2006) y ofrecen una importante y contundente herramienta de motivación para futuras investigaciones (Patole & Whitehall 2000), convirtiéndose así en un primer tipo de publicación emprendida por estos autores (Aitken & Marshall 2007).

Para Protopapas y Athanasiou (2011), hay cuatro áreas en las que los casos clínicos apoyan e incrementan la dimensión educativa de este género médico: información sobre acontecimientos adversos, información de nuevas enfermedades o ambientes adversos, innovaciones médicas y técnicas, y uso apropiado de medios en términos de ética, normalización y creatividad.

Los casos clínicos se diseñan para resaltar hallazgos inusuales; esto se puede hacer a través de tres formas: la descripción de un tratamiento nuevo o innovador para

una enfermedad determinada; la dirección a una enfermedad rara; y dando realce a manifestaciones muy inusuales de un problema común (Hoffman 1999).

Green & Johnson (2000), por su parte, analizan tres estilos de presentación distintos para los casos clínicos, que coinciden en gran medida con las categorías antes mencionadas de Vandembroucken (1999). Estos estilos ayudan al autor del caso a presentar su información al lector y entre ellos encontramos los siguientes: *caso clínico relacionado con la educación, caso clínico de diagnóstico y evaluación, y caso clínico de tratamiento y administración*. El primero ofrece al lector estrategias de cuidado del paciente mientras que proporciona una breve revisión de la literatura, sin aportar nada nuevo a la base general de la información científica. El de diagnóstico y evaluación, por su parte, describe y discute el diagnóstico y los métodos analíticos usados en la evaluación del paciente. Y, por último, el caso clínico de tratamiento y administración describe y discute el cuidado y administración completa de un paciente.

En este punto, y después de analizar varios estudios, hemos de mencionar que ya en los años sesenta se hacía una aclaración importante. Roland (1968) habla de los casos clínicos ordinarios y los estudios de casos, una variación de los primeros. La diferencia de estos últimos con los casos clínicos ordinarios es que los estudios de casos son una descripción más extensa de una detallada investigación de laboratorio y representan una investigación sumamente original, incluso cuando la investigación se dirigiera a la aclaración de las dolencias de un único paciente.

El creciente impacto que tienen los casos clínicos en medicina es múltiple y variado; se pueden utilizar para “*comunicar las presentaciones y manifestaciones de enfermedades específicas, características clínicas poco usuales o confundidas, hipótesis sobre patogénesis o técnicas y evaluaciones diagnósticas; también registran respuestas a nuevas formas de tratamiento derivadas de nuevos avances médicos o nuevas relaciones vistas y aplicadas a problemas médicos. Ellos también pueden usarse para clarificar síndromes nuevos, poco conocidos o raros*” (Coccia & Ausman 1987).

Por último, para terminar con esta cuestión, mencionaremos a Carey (2006a) que concluye que existen una serie de beneficios para la publicación de casos clínicos en la literatura científica, independientemente de la función que tengan y que antes hemos comentado. Este autor analiza cinco beneficios que hacen que los casos clínicos se conviertan en un estudio de referencia y prestigio: la documentación de astutas observaciones clínicas tiene una larga tradición, jugando un papel importante y esencial las historias de los pacientes en la tradición y cultura médica; el ejercicio de

documentarse para realizar una observación clínica en la mayoría de las ocasiones ofrece una gran oportunidad para estudiantes, residentes o compañeros que tienen interés o están empezando su carrera en la medicina académica; en tercer lugar, el conocimiento de la historia natural de un paciente o un método terapéutico puede ser anticipado con una o dos observaciones; además, la etiología de un desorden puede frecuentemente ser determinada por un pequeño número de observaciones; y, un último beneficio que menciona este autor está relacionado con que la documentación de algunas observaciones clínicas generan hipótesis testables con respecto a la causalidad y al mecanismo, añadiendo conocimiento a su etiología.

II.2.1.1.2. Tipología de casos clínicos

Para Green & Johnson (2000; 2006) los casos clínicos pueden ser retrospectivos o prospectivos en naturaleza y casos clínicos de series. Los retrospectivos, la forma más simple de escribir y con un excelente diseño para autores noveles, deben ofrecer muy bien todos los cuidados llevados a cabo mientras se gestiona un caso, pero no usa los resultados obtenidos para documentar cualquier cambio real en la salud del paciente, lo cual repercute en su credibilidad.

Los prospectivos, en cambio, difieren de los anteriores en que aquí el autor planea los cuidados del paciente antes; en ellos se recogen los cuidados del mismo y los datos progresivos en el tiempo.

Por último mencionan los casos clínicos de series, en los que son necesario como mínimo tres medidas tomadas en el paciente durante cada fase del estudio, ayudando de esta manera en la identificación de la tendencia de la condición del paciente.

Independientemente de que estos casos clínicos sean retrospectivos o prospectivos, Huth (1992) señala una tipología de casos clínicos que concuerdan en mayor o menor medida con la naturaleza de publicación de los mismos; entre dichos tipos se encuentran:

- El caso clínico único.
- El caso clínico de una asociación inesperada.
- El caso clínico que representan una variación importante de lo ya conocido.
- El caso clínico de una evolución inesperada.

- Otros casos que no modifican, amplían o mejoran en nada los conocimientos sobre la enfermedad pero que tienen la función educativa antes mencionada: el caso que cualquiera debería recordar; el caso clínico atípico o de complejidad inhabitual; el caso clínico de la buena suerte; el caso clínico de variaciones sobre un tema conocido; y el caso clínico para un libro de plusmarcas médicas mundiales.

Otra clasificación más comprehensiva de los casos clínicos es la que hace Peh (2010) que los divide en casos relacionados con el *diagnóstico* y casos relacionados con la *administración o gestión*. Entre los primeros, los relacionados con el diagnóstico encuadra aquellos que tratan de una enfermedad nueva o inusual, los relacionados con una presentación inusual de una enfermedad conocida, los que analizan nuevos métodos de diagnóstico, inusuales o nuevas etiologías o, por último, los que ilustran una asociación inesperada entre enfermedades o síntomas. En el segundo grupo, el de administración, estarían los que categorizan nuevos o improbables tipos de tratamientos o nuevos o raros efectos o complicaciones del tratamiento. Peh va un poco más allá y dentro de aquellos que tratan inusuales y nuevas enfermedades o desórdenes –que fueron la más antigua forma de informe médico- incluye varios subtipos: enfermedad conocida en una estación no usual de aparición; variación día/noche en la presentación de una enfermedad; enfermedad conocida encontrada en una nueva área geográfica; aquella conocida que no está relacionada con un grupo étnico en particular o que presenta presentaciones diferentes en grupos étnicos diferentes; y hallazgos que pueden dar luz sobre patologías o acontecimientos adversos.

Una última categorización de los casos clínicos es la que elabora Uribarri (2012), que establece una clasificación según la novedad de lo que se describe¹⁴; así, según el grado de novedad los clasifica en únicos, límite y de evolución inesperada.

El *caso clínico único* sería aquel que recoge la descripción de un paciente aquejado por signos no atribuibles a otra enfermedad o síndrome conocido que, o bien no se había descrito antes, o bien su descripción había sido escasa o incompleta.

Por su parte, el *caso clínico límite* describiría una variación importante que se aleja del patrón habitual de una enfermedad, un diagnóstico, un tratamiento o unas pruebas médicas determinadas.

¹⁴ Esta autora considera los casos clínicos como textos descriptivos puesto que constatan hechos o evidencias por medio de la observación inédita, poco o escasamente constatadas de enfermedades, síntoma, signos o tratamientos.

Y, por último, el *caso de evolución inesperada* sería aquel que pone de relieve un efecto terapéutico que no estaba previsto y que podría originar una nueva investigación clínica.

II.2.1.1.3. Principios presentes en un buen caso clínico

Para cualquiera de los tipos de casos clínicos que hemos comentado anteriormente, e independientemente de su estructura o finalidad, Aitken & Marshall (2007) mencionan una serie de principios comunes a los que tendrían que atenerse todos los autores de los mismos durante la fase de planteamiento de dicho caso clínico; entre ellos se encontrarían los que siguen:

- Asegurar que la presentación del caso sea factual, concisa y presentada de manera lógica.
- Describir a un paciente real con cuidados significativos y desafiantes.
- No intentar generalizar la asistencia más allá de dicho paciente específico.
- Identificar un paciente suficientemente complejo y que aumente el interés de la audiencia a la que va dirigida.
- Deben describirse todos los antecedentes que impacten en la asistencia médica.
- El resultado del paciente debe ser incluido.
- Incorporar ilustraciones que sean relevantes.
- Mantener la privacidad del paciente y obtener el permiso del mismo para la publicación de su caso.
- Evaluar la asistencia de manera crítica.
- Incorporar literatura que sea relevante.

Para DeBakey & DeBakey (1983b) una estructura cuidadosamente diseñada y un movimiento fluido son esenciales para escribir un buen caso clínico, requiriendo, para cumplir su objetivo, ser factual y conciso, estar lógicamente organizado y registrado de manera puntillosa y escrupulosa, y presentar solamente la información más pertinente.

Estos principios podrían relacionarse con las limitaciones que proponen Green y Johnson (2000) para este tipo de género científico. Dichas limitaciones, mencionan los autores, son inherentes al mismo diseño del caso clínico, y entre ellas podemos encontrar las siguientes: en primer lugar, los pacientes son cuidados en un entorno

no controlado, en el que se incluyen variables de la vida del paciente que pueden influir en la respuesta del paciente ante el cuidado; los casos clínicos, en segundo lugar, no deben generalizarse más allá del contexto del caso; y por último, y en tercer lugar, la progresión natural de la enfermedad o disfunción debe explicar también resultados basados en la experiencia del cuidado del paciente.

II.2.1.2. El caso clínico en la medicina basada en la evidencia

En la era de la “medicina basada en la evidencia” –que impone una estricta jerarquía¹⁵- el caso clínico se encuentra en el nivel más bajo de la pirámide de la evidencia, debido a su naturaleza anecdótica (Albrecht [et al.] 2009; Khalid y Thompson 2002; Nabil y Samman 2012; Yitschaky, Yitschaky & Zadik 2011), ya que en ellos claramente se prefiere, a diferencia de lo que ocurre en los artículos científicos, un metaanálisis y unas pruebas clínicas aleatorias (Rosselli & Otero 2002; Bettega 2012), lo cual representa una baja calidad de evidencia en la jerarquía de diseño de los estudios (Carey 2006a). Para Tresaure (1995): *“las anécdotas no pueden ser representativas”* (p. 279), pero hemos de mencionar que los casos clínicos van más allá de la definición limitada del término anécdota, ya que ellos están realizados sobre la base de observaciones científicas de una determinada condición patológica que ha sido rigurosamente documentada y argumentada, convirtiéndose así en un recurso de gran valor educativo y de investigación (Coccia & Ausman 1987). Doherty (1994), por otra parte, afirma que los casos clínicos en muy rara vez sirven para confirmar las hipótesis que ellos generan pero en cambio plantean cuestiones a la comunidad médica que provocan estudios definitivos posteriores.

Esta visión que se tiene de los casos clínico se debe a que este género describe normalmente la primera línea de evidencia de un nuevo o inusual diagnóstico, de una nueva terapia (Albrecht [et al.] 2009), manifestaciones no comunes de tratamientos y terapias y efectos adversos no descubiertos de los tratamientos, no siendo sobre evidencias establecidas; sin embargo son muy útiles para construir el conocimiento médico, pese a que rara vez la información que aparece en los casos clínicos o en las series de casos son suficientes para establecer eficacia (Albrecht [et al.] 2009).

¹⁵ En la cúspide de la pirámide de dicha jerarquía se encontrarían “la flor y nata” del conocimiento médico y científico moderno, a saber: los ensayos clínicos, los análisis sistémicos, y los meta-análisis (Yitschaky, Yitschaky & Zadik 2011).

La base de la evidencia de los casos clínicos estriba en la información detallada que se obtiene de cada persona que el médico ve en su clínica, información ésta que se basa en su práctica médica diaria, es decir, en los cuidados clínicos diarios y en su investigación médica (Kidd & Saltman 2012); datos que, por lo tanto, refuerzan y estimulan nuestra imaginación para tratar de mejor manera a los pacientes (Yitschaky, Yitschaky & Zadik 2011).

Burgos, Chicharro & Bobenrieth (1994) afirman que pese que los casos clínicos no constituyen una muestra representativa de la población, privándolos así de la validez externa para poder extrapolar los resultados a lo general, han contribuido de especial manera, si se han realizado con verdadero rigor metodológico, al progreso de la medicina. Las pruebas aleatorias controladas, tanto prospectivas como retrospectivas y observacionales, tienen como base los datos obtenidos de pacientes individuales cuyos casos son las unidades que crean el grupo, permitiendo definir puntos o cuestiones finales y hacer inferencias por medio de cálculos de grupos de efectos, ofreciendo de esta manera una gran oportunidad para, en un modo muy directo, transferir conocimiento médico y actuar como herramientas educativas (Protopapas & Athanasiou 2011).

Pese a este fenómeno, todas las publicaciones de MEDLINE indican que los autores se niegan a abandonar la publicación de sus casos clínicos más interesantes, puesto que siguen postulando que el conocimiento científico ha sido construido tradicionalmente caso a caso y que si se siguen conociendo las limitaciones no descuidaremos la importancia que ellos tienen en la búsqueda de la evidencia sólida (Rosselli & Otero 2002). No son pues un subproducto de la redacción científica sino que ellos tienen un lugar importante en la *evidencia basada en medicina* (Bettega 2012; Jupal, Thaledi & Thawani 2013), que tiene en cuenta anécdotas compartidas de experiencias individuales (Peh 2010). Agha & Rosin (2010) afirman que “*los casos clínicos pueden permanecer en el más bajo o más pobre/débil nivel de evidencia con respecto a la causalidad, pero permanecen en la primera plana de evidencia con respecto a lo que actualmente sucede*” (p. 1).

II.2.1.3. La redacción de un caso clínico: reglas a cumplir

Son muchas las áreas dentro de las distintas disciplinas, así como las propias revistas donde son publicados, que se preocupan de mejorar la presentación de los casos

clínicos de dichas especialidades y aumentar su calidad (Fenton [et al.] 2004). Esta preocupación obedece a que son muchos los problemas comunes a los que se enfrentan los profesionales médicos; Peh (2010) analiza dichos problemas, y entre ellos menciona:

- La inclusión en el título de palabras redundantes
- El caso clínico sólo informa de ligeras variaciones en el diagnóstico o método terapéutico
- El impacto resultante del uso de un método terapéutico no es fuerte
- El manuscrito es excesivamente largo
- El caso es extremadamente complejo
- Hay una clara falta de evidencia científica
- No existen pruebas de diagnóstico
- No ofrece ni incrementa el conocimiento
- Demasiada generalización
- Conclusión demasiado ambigua y no sustentada por la evidencia

La redacción de un caso clínico, que como hemos mencionado anteriormente, no es tan fácil como parece; hay que empezar tomando para ello, en primer lugar, dos decisiones importantes: si informar o no del caso y, en caso afirmativo, usar o no el formato normalizado que las revistas especifican para los casos clínicos (Riley 1975).

Duke (1974), ya en épocas tempranas, habla de los puntos que tienen que tener en cuenta los autores antes de empezar a escribir un caso clínico. Él plantea una serie de preguntas que debería hacerse el autor de dicho caso, encontrando entre ellas las siguientes: ¿es el material digno de comunicación? ¿el caso es único? ¿pueden otros aprender y aprovechar del material presentado? ¿la documentación que se presenta es adecuada y presenta información tanto clínica, como patológica y de laboratorio? ¿el caso alertará a otros con situaciones similares que puedan surgir? y ¿es el caso sólo una pequeña variante de otros de los que previamente se ha informado?, entre otras.

Bettega (2012) analiza también este aspecto y llega a la conclusión que el ejercicio editorial es muy frustrante, de ahí que los autores de los mismo necesiten de una metodología particular y diferente de la del artículo original, un trabajo preliminar importante de análisis y una buena dosis de síntesis. Son siete las etapas que Bettega

menciona y que deben ser conocidas y seguidas por los científicos que quieran redactar este tipo de documentos:

1ª Etapa: *Verificar la originalidad*; para ello se debe realizar una exhaustiva y afinada búsqueda bibliográfica, en diversas fuentes de información, que verifique el carácter original de la observación; las referencias deben ser a artículos esenciales y principales, evitando artículos didácticos.

2ª Etapa: *Respetar las reglas elementales de la ética médica*. Es fundamental la autorización del paciente para la reproducción de fotografías o imágenes clínicas, siendo indispensable que todas las ilustraciones sean anónimas.

3ª Etapa: *Recabar exhaustiva y cronológicamente los datos de la observación*, para disponer de todos los datos necesarios y de la información clínica y paraclínica adecuada para redactar el caso y no depender constantemente de dosieres; no se debe omitir ningún elemento disponible.

4ª Etapa: *Reducir los datos*, puesto que no todos los datos recabados en la etapa anterior son necesarios ni útiles para la publicación. Sólo son necesarios los elementos relativos al carácter original de la observación que permitan a los lectores justificar la originalidad.

5ª Etapa: *Redacción de la observación*; para ello se tendrán en cuenta los reglas habituales de la redacción científica: textos en pasado, frases cortas (sujeto-verbo-complementos), vocabulario preciso y variado, cronología en los elementos, redacción neutra y pragmática...

6ª Etapa: *Redacción de la discusión*, cuyo “objetivo debe ser apuntalar la originalidad de la observación” (p. 69), apoyado con las referencias que antes hemos recabado. Al contrario que en la etapa anterior, las frases deben ser expresadas en presente para realzar la observación. Cada afirmación debe estar referenciada; de ahí que el autor deba permanecer objetivo, haciendo referencia si es posible a las hipótesis que no ha podido confirmar con una sola experiencia.

7ª Etapa: *Título y resumen*. El título debe ser corto y preciso y no debe mencionar sólo la patología general sino poner la mirada en el sujeto para suscitar la curiosidad. El resumen, por su parte, debe ser igualmente corto, y debe estar estructurado en tres partes: introducción, que se limitaría a presentar la patología general y la justificación de su publicación; observación, con los elementos característicos; y la discusión, que confirme el carácter original o la importancia de las implicaciones de ese caso clínico.

A la hora de preparar un caso clínico, el autor del mismo tendría que tener presente que durante el proceso de realización de dicho caso debe tener siempre en mente una serie de axiomas que harán que dicho caso clínico se presente de una forma o de otra (Aitken & Marshall 2007):

- La identificación del episodio en el paciente, para lo cual el autor debe apoyarse en la literatura anterior relacionada con dicho episodio.
- Determinar el mensaje educativo que cubrirá el caso clínico.
- Identificar el público al que va dirigido y la revista en la que su publicación fuera posible, es decir, decidir si quiere dirigirlo a una audiencia general o especializada, a una profesión específica o a una audiencia multidisciplinar, o si es más relevante para profesionales de un país específico o una región geográfica determinada; Iles & Piepho (1996) mencionan que el autor debería elegir una revista que lee o leen el resto de autores normalmente y de manera regular. Un caso clínico publicado en una revista médica general debería ser adaptado para un círculo de lectores más amplio que si lo hiciéramos para autores especializados (Morgan 1985). Por su parte, tras identificar la revista candidata debería consultar las instrucciones dadas a los autores por dicha publicación, para ahorrar algo de tiempo.

Bayoumi & Kooplin (2004), por su parte, dan unos consejos prácticos para incorporar la medicina narrativa a los casos clínicos que van a ser publicados o que van a servir en facultades y congresos para la formación continua de los profesionales médicos y de los alumnos:

- Presentar el caso clínico como una historia coherente, con un principio, un desarrollo y un final.
- Reflejar la experiencia del paciente respecto de la enfermedad.
- Presentar los datos en una secuencia que refleje el razonamiento diagnóstico o terapéutico.
- Incluir elementos de la historia médica pasada, medicamentos o historia social, que nos ayude a comprender mejor el caso.
- Seleccionar un lenguaje apropiado y sensible a la experiencia del paciente.

Un aspecto que hay que tener en cuenta a la hora de presentar un caso clínico a la comunidad científica en general es tomar precauciones para evitar que la descripción del caso permita identificar al paciente y, si ello no es posible, obtener consentimiento

informado del paciente o sus familiares antes de la publicación. Para ello, Levine & Stagno (2001) señalan que hay que tener cuidado a la hora de aportar datos sobre el entorno social y demás características personales, familiares, y físicas relacionadas con el paciente, sobre todo si no son relevantes o esenciales. Pero hay que mencionar que no se han de falsear para intentar lograr el anonimato total, que, por cierto, es difícil de conseguir (Merino-Trujillo 2009).

No sólo el aspecto morfológico es importante a la hora de llevar a cabo el proceso de escritura de un caso clínico; su aspecto lingüístico y gramatical también es importante. Hemos de comenzar diciendo que una regla importante para escribir un buen caso clínico es ser muy claro acerca del mensaje simple que queremos transmitir (Carleton & Webb 2012; Duke 1974; Vandembroucke 2001), requiriendo para ello una fuerte voz narrativa para describirlo (Carleton & Webb 2012), puesto que la dificultad podría jugar un papel importante a la hora de aceptar o no el trabajo en el momento de su publicación (Riesenberg 1986). La claridad podría verse reforzada por la presencia de tablas, gráficos e ilustraciones bien preparadas (Duke 1974).

La falta de brevedad es otro mal común a la hora de publicar casos clínicos, algo que podría contribuir a la falta de comprensión por parte del lector, puesto que el material significativo y la información importante podría verse ocultada por demás información no pertinente y superflua (Duke 1974): “*con varias excepciones, la esencia de un caso clínico raramente se beneficia de una presentación extensa*” (p. 169). Normalmente los casos clínicos están compuestos de entre 1500-2500 palabras con una relación de unas 20 ó 30 referencias (Cohen 2006).

A la hora de redactar un caso clínico es conveniente, menciona Pertuzé (2006) como consejos a tener en cuenta, no efectuar una extensa revisión de la literatura médica y redactarlo de forma coherente, con un principio, desarrollo y conclusión que refleje el razonamiento diagnóstico y terapéutico de quien lo presenta. A esto, hemos de sumar algunos principios muy claros que Riley menciona en un trabajo publicado en 1975: claridad, brevedad y legibilidad.

DeBakey & DeBakey (1984) analizan el estilo y la forma de los casos clínicos; ellos llegan a varias conclusiones que harán que este género goce de equilibrio entre lenguaje y forma:

1. Pese a utilizar un lenguaje popular que acerque al lector al caso clínico se debe evitar el uso de jergas o barbarismos, entre otros aspectos.

2. Debe haber un alto grado de precisión, ya que el lenguaje impreciso es una predisposición particular en medicina, logrando de esta manera que el riesgo de ambigüedad, confusión o una mala interpretación desaparezca.
3. La concisión debe ser un rasgo fundamental de los casos clínicos; para ello, estos autores, recomiendan eliminar palabras inútiles sin significado o evitar comenzar una frase con un nombre abstracto.
4. El uso de barbarismos y locuciones ilógicas refleja un inapropiado descuido verbal para la escritura profesional.
5. Se deben utilizar los verbos en tiempo pasado en la narración de acontecimientos ocurridos antes de la gestión actual; para los eventos que comenzaron en el pasado pero que continúan en la actualidad se utilizaría, por su parte, el pretérito perfecto. Este uso correcto de los tiempos verbales otorgará al caso clínico consistencia y lógica.
6. Las medidas utilizadas en los casos clínicos deben ser citadas en valores absolutos.
7. Las abreviaturas que se utilicen en los casos clínicos deberían o estar universalmente aceptadas o ser desarrolladas la primera vez que se utilicen en dicho caso, para evitar retrasar la comprensión y aumentar el esfuerzo del lector para entender el texto. El uso excesivo de abreviaturas creará problemas tanto estéticos como funcionales.
8. Como signos de puntuación principales se deben utilizar el punto y seguido, los dos puntos, el punto y coma, la coma, el signo de interrogación, el de exclamación, el paréntesis y los corchetes; por su parte, entre los signos de puntuación secundarios que pueden aparecer estarían el apóstrofe, el guion, la raya, la diéresis y las comillas. Tanto unos como otros facilitarán la comprensión del texto al lector, dotándolo de volumen, tono y pausa.

II.2.1.4. La publicación de casos clínicos

En un primer momento, los casos clínicos no constituían nada más que pequeñas comunicaciones anecdóticas entre colegas sobre su práctica clínica, referida ésta a únicos o interesantes pacientes. Actualmente se han convertido en una forma aceptada de publicación y comunicación para diseminar conocimiento de forma amplia para la

audiencia médica, llegando a convertirse en una forma normalizada de literatura médica (Carleton & Webb 2012).

Autores como Agha y Rosin (2010), Albrecht [*et al.*] (2009), Bettega (2012), Caldeiro (1993), Chelvarajah & Bycorft (2004), Cohen (2006), DeBakey & DeBakey (1983b), Grant & Laird (1997), Huth (1992), Huston & Riesenber (1986), Jupal, Thaledi & Thawani (2013), Kidd & Saltman (2012), Merino-Trujillo (2009), Morales [*et al.*] (2007), Morris (1989), Peh (2008), Pertuzé (2006), Squires (1996) y Vandenbroucke (2001), entre otros, afirman que los casos clínicos que merecen la publicación, adaptándose a las normas o recomendaciones de las editoriales científicas de las revistas, y que tendrán una estructura u otra, serían:

- El caso clínico único o casi único que parece representar un síndrome raro o enfermedad no descritos anteriormente en la literatura médica (DeBakey & DeBakey 1983b; Huston & Squires 1996; Huth 1992; Merino-Trujillo 2009; Vandenbroucke 2001).
- El que describe una condición excepcional, rara, infrecuente y poco comunicada por diversos factores (Caldeiro 1993; Merino-Trujillo 2009; Morales [*et al.*] 2007).
- El que lleva a cabo una observación previa no informada de una enfermedad reconocida o un uso único de un test o prueba para revelar una enfermedad (Peh 2008).
- El que describe un fallo terapéutico o una laguna en la eficacia terapéutica e informa sobre cambios terapéuticos, controversias y dilemas (Cohen 2006).
- El que analiza una etiología atípica y una presentación inusual de una enfermedad común (Bettega 2012; Chelvarajah & Bycorft 2004; Jupal, Thaledi & Thawani 2013; Pertuzé 2006;).
- El caso clínico que revela la asociación o permutación inesperada de dos o más enfermedades o alteraciones que normalmente suele ser insospechada, aunque esta asociación de dos enfermedades raras sin implicaciones fisiopatológicas o terapéuticas particulares no es suficiente para justificar la redacción de este género (Agha & Rosin 2010; Bettega 2012; Huston & Squires 1996; Huth 1992; Merino-Trujillo 2009; Riesenber 1986).
- Aquel que describe interacciones raras o nuevas fármaco-fármaco, medicamento-comida o fármaco-nutriente (Cohen 2006).

- El caso que analiza el impacto de una enfermedad y su tratamiento en la evolución de otra (Merino-Trujillo 2009; Pertuzé 2006).
- El caso que ilustra una nueva hipótesis clínica o el que contradice o afirma una hipótesis (Jupal, Thaledi & Thawani 2013), por medio de la presentación de resultados positivos y negativos (Agha & Rosin 2010).
- El caso que plantea nuevos problemas para identificar y diagnosticar enfermedades ya conocidas (Morales [et al.] 2007).
- El que describe una única herramienta de diagnóstico (Jupal, Thaledi & Thawani 2013) o un nuevo procedimiento quirúrgico (Cohen 2006).
- El caso que representa una nueva e importante variación del patrón habitual (Huth 1992).
- El que analiza la eficacia o el error de una nueva terapia o un efecto secundario no atendido o no conocido o errores en el cuidado, sus causas o implicaciones (Jupal, Thaledi & Thawani 2013), y permite aprender de ello (Agha & Rosin 2010).
- El caso clínico de evolución inesperada que sugiere un efecto, complicaciones o intervenciones adversas (Bettega 2012; Huth 1992; Jupal, Thaledi & Thawani 2013; Peh 2008; Pertuzé 2006; Vandenbroucke 2001).
- Casos que usan técnicas para salvar vidas que no han sido documentadas anteriormente (Cohen 2006).
- El que está basado en una observación terapéutica o diagnóstica que aclara uno o más “aspectos oscuros de la medicina” (Riesenberg 1986).
- El que presenta las complicaciones inesperadas de procedimientos o tratamientos (Merino-Trujillo 2009).
- Caso que analiza nuevos usos de medicamentos (Albrecht [et al.] 2009) y el uso de principios farmaeconómicos que mejoren el cuidado al paciente (Cohen 2006).
- El que describe una nueva semiología y tratamientos o procedimientos diagnósticos y técnicos nuevos y “únicos” (Agha & Rosin 2010; Caldeiro 1993; Grant & Laird 1997; Morales [et al.] 2007; Merino-Trujillo 2009).
- El que analiza errores honestos en la administración (Chelvarajah & Bycorft 2004; Cohen 2006), errores estos que pueden ser una lección importante en la prevención de problemas similares para futuros pacientes (Kidd & Saltman 2012).

- Aquel que ilustra un nuevo principio o refutan una teoría anterior (Chelvarajah & Bycorft 2004).
- El caso que describe el efecto de fármacos en embarazadas y lactantes (Cohen 2006).
- El que informa sobre cómo un problema se puede anticipar y tenerse en cuenta en el futuro (Chelvarajah & Bycorft 2004).
- El caso que aporta algo novedoso al conocimiento de la fisiopatología del proceso (Caldeiro 1993).
- El que contribuye con el abordaje interdisciplinario de problemas clínicos (Morales [et al.] 2007).
- El que presenta nuevas hipótesis y estimula otros estudios e investigaciones (Morris 1989).
- Casos que enseñan lecciones humanísticas para el profesional asistencial (Cohen 2006) y recuerda lecciones clínicas importantes (Agha & Rosin 2010).
- Y, aquel que presenta aspectos interesantes para la enseñanza y el aprendizaje, representando un vehículo de comunicación eficaz entre los clínicos y los estudiantes (Morales [et al.] 2007; Vandenbroucke 2001).

Squires (1989) dice que un *“aceptable caso clínico hace una original contribución para ilustrar un útil método nuevo para la diagnosis o administración de una condición u ofrece una nueva perspectiva de la patogénesis de una enfermedad. Se debe apuntar una posible relación de dos enfermedades de las que antes no se tenía noticias o identificar algún acontecimiento inesperado, tal como una reacción adversa a un medicamento”* (p. 379), de ahí que sea bastante difícil la planificación de la redacción de este tipo de género (Huston & Squires 1996).

Como vemos en esta serie de afirmaciones, se deja ver que casi todas están relacionadas con la novedad, tanto de tratamientos como terapias o enfoques. Khan & Thompson (2002) hablan de esa novedad como aspecto fundamental de este género médico; ellos plantean que dicha novedad está fundamentada para prevenir la repetición de publicaciones de casos similares; pero se ha de mencionar que en esta política existen algunas deficiencias: es difícil, y a veces no resulta posible, confirmar la ausencia de informes o trabajos previos puesto que los motores de búsqueda actuales sólo recuperan una parte pequeña de la literatura médica; sólo publicando un caso la primera vez prevendrá el desarrollo de una masa crítica de tales casos con información crucial sobre

el diseño de un estudio clínico; y en tercer lugar, si el fin del caso es educativo, la originalidad no debería ser la preocupación o el interés. Es por ello que estos autores afirman que los casos clínicos no deberían tratar sólo rarezas, sino que también deberían reflejar presentaciones inusuales o gestiones difíciles; por lo que la calidad de un buen caso clínico no debería estar basada en la novedad.

La publicación de la casuística de estos casos clínicos ha sido durante varios siglos un medio fundamental para compartir conocimiento y un vehículo imprescindible en la transmisión de la experiencia médica (Peh 2010), pese a sus limitaciones, habiendo a través de la historia casos famosos que han ayudado en la misión que acabamos de comentar, tal es el caso de Freud, relacionado con los desórdenes mentales, McIntyre & Bence-Jones en lo relacionado con el múltiple melanoma o Broca contribuyendo al tratamiento de la difasia (Jamjoom, Nikkar-Estahami & Fitzgerald 2009); es decir, se convierten así en una importante fuente de información basada en importantes observaciones científicas (Cohen 2006) y destrezas descriptivas de aprendizaje que los médicos que se están formando adquieren a lo largo de su práctica médica (Peh 2010).

Muchas revistas biomédicas, la mayoría especializadas más que generales, siguen incluyendo entre los trabajos que publican casos clínicos porque muchos de esos casos exponen problemas médicos muy concretos y que rara vez se exponen con tanto detalle en los libros de texto a causa de sus peculiaridades o particularidades (Caldeiro 1993).

II.2.2. Enfoques investigadores del caso clínico en biomedicina

Con el avance de la medicina y la necesidad de transmitir el conocimiento y los hallazgos de un modo normalizado y de forma coherente, se ha hecho necesario un nuevo género que cumple con estos objetivos y que presenta una estructura determinada para ello, llena de verdadero rigor científico (Burgos Rodríguez, Chicharro Molero & Bobenrieth 1994).

Ese nuevo género, como hemos mencionado, es el caso clínico. Los profesionales de la biomedicina lo han adoptado como forma idónea para presentar casos originales, únicos y raros (DeBakey & DeBakey 1983b; Huston & Squires 1996; Huth 1992; Merino-Trujillo 2009; Vandenbroucke 2001); para descubrir hallazgos imprevistos en la aplicación de determinados protocolos terapéuticos de actuación

(Cohen 2006); para dar a conocer la asociación inesperada y sorpresiva de dos o más enfermedades (Agha & Rosin 2010; Bettega 2012; Huston & Squires 1996; Huth 1992; Merino-Trujillo 2009; Riesenberg 1986); o para ser utilizado en la enseñanza y el aprendizaje (Agha & Rosin 2010; Morales [et al.] 2007; Vandenbroucke 2001), entre otros aspectos.

En todas las especialidades biomédicas se escriben y publican casos clínicos; todos cumplen la misma función pero se construyen de variadas formas. Cada disciplina, pese a tomar como base una estructura general para elaborar sus casos clínicos, introduce pequeños matices propios de su especialidad e incluye datos importantes en dicha disciplina que puede que no sean relevantes ni procedentes para otra: no es lo mismo, por ejemplo, un caso clínico en Odontología que en Fisioterapia o en Medicina General; de ahí que se pueda hablar de distintos subgéneros de caso clínico en función de la disciplina donde figure.

En este momento hemos de aclarar que el estudio llevado a cabo en esta tesis se refiere exclusivamente a los resúmenes de los casos clínicos relacionados con la práctica biomédica, dejando de lado los resúmenes de los casos clínicos realizados por otros profesionales biomédicos, como son los profesionales de la enfermería, puesto que tanto su finalidad, su función, sus características y su estructura difieren en gran medida de los realizados por médicos.

Los casos clínicos en enfermería están relacionados con el conocimiento del proceso del paciente, mostrando los resultados relacionados con la aplicación de un plan personalizados de cuidados, un plan que incluye aspectos relacionados con las acciones llevadas a cabo en el paciente, sentimientos y creencias (Tirado Pedregosa [et al.] 2011), radicando aquí la gran diferencia con los casos clínicos realizados en biomedicina.

La estructura de este caso clínico enfermero también es diferente de la analizada para los casos clínicos biomédicos (Tirado Pedregosa [et al.] 2011):

- *Título*
- *Autoría*
- *Resumen* (no tiene por qué estar estructurado)
- *Introducción*
- *Presentación del caso (plan de cuidados)*
 - Fase diagnóstica. Identificación y formulación del problema de salud

- Fase de planificación. Presentación de los resultados seleccionados con sus correspondientes indicadores
 - Fase de ejecución. Exposición de cómo se ha llevado a cabo el plan y las dificultades encontradas
 - Fase de evaluación del plan con el grado de resultados conseguidos para cada diagnóstico
- *Discusión.* Interpretación de los resultados, limitaciones, futuras líneas de investigación y recomendaciones clínicas
 - *Bibliografía*
 - *Agradecimientos*
 - *Anexos*

Hecha esta aclaración, podemos ver que es tal la importancia que en 1987 el Ad Hoc Working Group (Hartley, Sydes & Blurton 1996; Montesi 2006) se planteó mejorar los casos clínicos con la introducción del resumen estructurado, un tipo de resumen que agrupa su contenido bajo ocho epígrafes que responden a la secuencia lógica del conocimiento reflejado en el texto. Este tipo de resumen será el que le imprima calidad al caso y al resumen en sí. A partir de entonces las investigaciones sobre la calidad de este tipo de resúmenes han sido abordadas desde diversas perspectivas y por diversos autores.

Sin embargo, Izquierdo Alonso & Moreno Fernández (2009) se remontan a los años 50 para abordar el tema de la calidad del resumen biomédico. Estos autores recopilan una serie de estudios cualitativos que intentaban, desde diversas perspectivas y parámetros, analizar y evaluar la carga informativa de los resúmenes respecto de los textos originales. Estos estudios cuantitativos se fundamentaban en la experiencia, la inducción y la especulación. Los autores señalan la importancia de la estructura retórica en los estudios del resumen para las diferentes áreas científicas.

Estos autores enmarcan el desarrollo y la evolución de los distintos tipos de investigaciones relacionadas con la evaluación de la calidad de los resúmenes dentro de varias perspectivas. Este tipo de investigaciones no se centran en ningún género específico, pero sentarán las bases para posteriores estudios de calidad de los resúmenes estructurados biomédicos. Las perspectivas que estos autores encuentran en estas investigaciones son:

- Perspectiva de la validez del contenido. Aquí relacionan la cantidad de información del resumen respecto del original. Para ello se utilizan tests sometidos al juicio de expertos. Autores como Payne, Munger y Altman, en 1962, llevan a cabo sus investigaciones bajo esta perspectiva.
- Perspectiva de la discriminabilidad informativa, es decir, comparando el contenido original y su reflejo en el resumen. Ejemplo de este tipo de investigación lo encontramos desarrollado por Visonhaler, en 1966.
- Perspectiva de los aspectos textuales, relacionados con la lecturabilidad o grado de comprensión lectora. Dronberger y Kowitz, en 1975, estudian este aspecto en su investigación.
- Perspectiva de la recuperabilidad de los documentos a través del resumen como punto de acceso temático.
- Perspectiva de la psicología cognitiva y la didáctica, donde se estudian los factores que ven a los resúmenes como instrumentos que facilitan la comprensión y el recuerdo.
- Perspectiva del discurso y la lingüística aplicada. Durante los 80 y 90 se desarrollaron estudios de este tipo en los que se caracterizaban las distintas comunidades sociorretóricas y se disponían estrategias para la redacción adecuada de los diferentes tipos y géneros textuales a partir de la elección de macroestructuras retóricas adecuadas, la identificación de progresiones temáticas secuenciadas con organizadores o marcadores discursivos y se procedía a un análisis fraseológico y léxico gramatical.
- Desde la perspectiva de la ingeniería lingüística y la recuperación de información.

Para Montesi (2006) la mayoría de los intentos de medición de la legibilidad de los resúmenes en el campo de la documentación se basan en el empleo de las llamadas “fórmulas de legibilidad”, que se fundamentan en criterios analíticos de carácter puramente formal, como por ejemplo, el número de palabras por oración, pudiéndose medir hoy por medios informáticos. Destacan estudios como los de Flesch, Droberger y Kowitz, King, Tenopir & Jacso, pero hemos de mencionar que en ninguno de ellos se tiene en cuenta el enfoque de los usuarios, ni se estudia ni investiga ninguna disciplina ni género en particular.

Siguiendo con el afán de ofrecer a los resúmenes obtenidos de documentos originales primarios biomédicos una calidad informativa, las organizaciones nacionales e internacionales de normalización, en paralelo a estas investigaciones comentadas, ofrecen una serie de directrices que impregnarán de calidad los resúmenes de las publicaciones científicas. Estas normas y directrices a tener en cuenta son¹⁶: la UNE-50-133-94 de presentación de artículos en publicaciones periódicas y en serie; la UNE-50-103-90 de preparación de resúmenes; la ANSI/NISO Z39.14-1997: Guidelines for Abstracts; la Guía para la redacción de artículos científicos destinados a la publicación. De la UNESCO; y la ISO 214-1976: Abstracts for Publications and Documentation.

Todos estas investigaciones y directrices llevadas a cabo por investigadores particulares y organizaciones de normalización, y que no se enmarcan en ninguna disciplina ni en ningún género en concreto, en la actualidad se están viendo ampliadas por estudios que ya sí que tienen en cuenta el género y la audiencia a la que van dirigidos los resúmenes. Todas estas nuevas investigaciones se basan en la perspectiva de discurso y lingüística aplicada que antes hemos comentado. En esta perspectiva, el nuevo enfoque se dirige al estudio del resumen estructurado de autor en el campo de la biomedicina. Estudiosos como Hartley (1996, 1997, 1999, 2000, 2002, 2004, 2007, 2011), Sydes (1996), Blurton (1996), Betts (2007) o Nwogu (1997) realizan sus investigaciones en el contexto de la disposición tipográfica o formato estructurado como indicador de la legibilidad del resumen o determinante de la comprensión y lecturabilidad de los resúmenes. Otros autores que han estudiado la calidad resumen estructurado en el campo biomedicina, los menciona Montesi (2006): Froom & Froom, Taddio, Khosrotehrani, o Pitkin & Branagan, Pitkin et al., estos últimos relacionados con el nivel de información y la recuperabilidad de los resúmenes estructurados.

Dentro de todos estos estudios, han proliferado las investigaciones relacionadas con la calidad estructural del resumen, tanto en su formato estructurado como en su forma no-estructurada o tradicional. Estos estudios se han basado en el examen de las *moves* y *submoves* que deberían estar presentes en estos resúmenes para una mayor legibilidad del documento original. Ejemplos de estos estudios generales sobre la calidad del resumen biomédico, la mayoría centrados en los resúmenes estructurados de artículos originales, son las investigaciones realizadas por Guimaraes (2006); Haynes [et al.]; Harbourt, Knecht & Humphreys (1995) sobre resúmenes estructurados en revistas biomédicas indizadas en MEDLINE; Izquierdo Alonso & Moreno Fernández

¹⁶ Todas estas normas se encuentran referenciadas de forma completa en la bibliografía.

(2009); Johnson & Green (2009); Nakayama [et al.] (1991) sobre resúmenes aparecidos en *Canadian Medical Association Journal* en 1989; Pho (2008); Pitkin, Branagan & Burmeister (1999) analizaron la precisión de los resúmenes publicados en un año en *Annals of Internal Medicine*, *BMJ*, *JAMA*, *Lancet*, *New England Journal of Medicine* y *CMAJ*; Ripple [et al.] (2011); Salager-Meyer (1991); Sharma & Harrison (2006); Taddio [et al.] (1994) sobre resúmenes estructurados y no estructurados aparecidos en *British Medical Journal*, *Canadian Medical Association Journal* y *Journal of the American Medical Association*; Trawinski (1989); y Wong [et al.] (2005) que aplicó el mismo estudio de Taddio diez años más tarde, entre otros.

Pero también hay estudios que se han centrado en los resúmenes biomédicos aparecidos en una especialidad biomédica determinada, dando muestra así del interés del tema en cuestión. Entre estas investigaciones podemos encontrar los estudios de Scherer & Crawley (1998) en Oftalmología; Hartley & Benjamin (1998) en Psicología; Dupuy [et al.] (2003) en Dermatología; Nakayama [et al.] (2005) en Medicina General e Interna; y Sharma & Harrison (2006) en Odontología.

Pese a todas estas investigaciones, podemos tomar a Hartley como una persona clave en el campo de los estudios de calidad de los resúmenes estructurados en el campo de la biomedicina. Podemos, y debemos, tomarlo como punto de partida para nuestra investigación, aunque sin perder de vista los antecedentes antes comentados y que fueron dotando de rigor científico a este género. Montesi (2006) habla de las investigaciones de Hartley como estudios con el objetivo de demostrar que los resúmenes estructurados presentan una mejora en relación con la legibilidad y la comprensibilidad de los resúmenes tradicionales. Se observa no mucha diferencia entre unos y otros, solamente que con la introducción de este formato los autores parecían ser más conscientes de los datos que debían introducir y de la forma en la que tenían que hacerlo, siendo así resúmenes más legibles. Hartley utiliza para ello diversas técnicas: elección motivada o preferencia (*which layout do you prefer?...*, 1996), test de compresión (misma obra) y cuestionarios (*are structured abstracts...*, 2000).

Hemos de mencionar que los casos clínicos, no tienen la misma relevancia científica que un artículo de investigación, porque no presentan material analizado suficiente para incluirlos dentro de este rango. Sin embargo, son muy importantes en el mundo de la medicina, porque presentan casos muy complejos, raros, singulares, que ayudan a comprender procesos, establecer diagnósticos y proporcionar tratamiento a los pacientes, como anteriormente hemos comentado.

Los profesionales parece que han apreciado un cambio en la elaboración y estructura de los casos clínicos durante los últimos años, pues suelen estar mejor elaborados técnicamente y, además, presentan series de pacientes más largas en la actualidad. Este cambio también se aprecia en la redacción del resumen por parte de estos profesionales.

II.2.3. Análisis de género y estructura retórica de los casos clínicos

Presentado el concepto, funciones y tipología del caso clínico centraremos ahora nuestra atención en la estructura de este subgénero biomédico desde la perspectiva del análisis de género y revisaremos los análisis

II.2.3.1. Estructura retórica de este género biomédico

Como hemos comentado anteriormente, todo documento científico tiene una superestructura básica que hace que la información aparezca en el lugar que le corresponde. Sin embargo ésta se verá modificada en gran medida por el tipo de género documental biomédico de que se trate. Todos compartirán la base pero cada uno incluirá en la macroestructura básica los matices necesarios para cumplir su función. Los casos clínicos, por su naturaleza, han introducido ciertos cambios en dicha macroestructura básica, incluso ha llegado a cambiar la denominación de las distintas partes de la misma, para adaptarse mejor a sus intereses.

Peh (2010) establece que el caso clínico es uno de los muchos tipos de trabajos que se publican en las revistas médicas, por eso los autores deberían ser conscientes de los requisitos específicos para un caso clínico, todo ello dirigido a maximizar el material en cuestión. Buela-Casal & Sierra (2002) afirman que *“los autores disponen habitualmente de una gran variedad de normas para la publicación de trabajos científicos, bien sean investigaciones básicas o aplicadas. Sin embargo, las normas convencionales no tienen en cuenta los casos clínicos”* (p. 526), y siguen comentando que los revisores de las revistas tienen el mismo problema puesto que las normas que requieren dichas revistas *“difícilmente se pueden adaptar a la evaluación de los casos clínicos o estudios de casos”* (p. 526). Las revistas normalmente redactan instrucciones

para los autores que les pueden ayudar a incluir en los casos clínicos toda la información pertinente que debe aparecer en los mismos pero ello no es sinónimo de calidad (Green & Johnson 2000), como más tarde estudiaremos.

Por ello, dichos autores deberían conocer específicamente la estructura retórica de este género. Ella es la parte más difícil de escribir, ya que con ella se intenta que el lector no se sienta perdido: esta estructura deja claro de dónde se procede, dónde se está y hacia dónde se dirige, permitiéndoles, si es una estructura firme, buscar dentro de ella información particular e importante y ver que todo lo esencial está incluido (Docherty & Smith 1999).

Como toda comunicación científica, depende del tipo de estudio de caso, es decir, muchas veces el caso clínico aparece precedido de una introducción y seguido por una discusión, por eso el formato usual de “IMRAD” (Introducción, Métodos, Resultados y Discusión) de las investigaciones clínicas no siempre es el más apropiado para los casos clínicos (Vandenbroucke 2001). De cualquier manera, Piqué-Angordans & Posteguillo (2006) proponen una estructura basada en la información que en él se contiene: presentación de síntomas y signos del caso a estudiar; descripción de las pruebas a las que ha sido sometido el paciente; presentación de posibles diagnósticos; tratamiento administrado y evaluación de los resultados obtenidos.

Muchas veces los manuscritos que son devueltos a sus autores por parte de las revistas no tienen un formato correcto o no se ajustan a normas de publicación, lo cual se podría prevenir si los autores prepararan sus manuscritos en un formato apropiado para las publicaciones científicas (Green & Johnson 2000).

Normalmente el caso clínico es un género breve cuyas secciones siguen el orden de las notas que el médico toma de su paciente. Sin embargo, cuando lo esencial del mismo son los resultados de una investigación, la estructura en inglés es la siguiente: Introduction, Case Description, Discussion of Case; Research Methods, Results y Discussion (López Rodríguez 2000).

II.2.3.2. Estudios de análisis de género centrados en el análisis de las *moves* y *submoves* de los casos clínicos

De modo general, muchos autores se han puesto de acuerdo para diferenciar las distintas partes de un caso clínico (Aitken & Marshall 2007; Anwar 2004; Caldeiro 1993; Drenth [*et al.*] 2006; Duke 1974; Huth 1992; Khan & Thompson 2002; Morales

[et al.] 2007; Oliver del Olmo 2004; Pujari 2004; Riley 1975; Salager-Meyer 1994). Para ellos, la estructura más utilizada en la redacción de un caso clínico sería la siguiente, siendo todas las partes igual de importantes en su desarrollo (Riley 1075):

- *Introducción.* En ella aparecería, en no más de 200 palabras, la justificación de nuestro caso, su rareza e interés, e indicaría lo que aporta. Debería contener aquella información que despierte el apetito intelectual para lo que sigue. Se identificaría también su aporte científico educativo y clínico. Además, presentaría el objetivo y los antecedentes, por medio de una revisión sintetizada de la literatura sobre la que se sustenta y se relaciona, aunque sólo se incluirá la que está relacionada directamente con el caso que se esté llevando a cabo. La tendencia actual es, en muchos casos, a una introducción corta, o incluso a obviarla, si en el trabajo existe un resumen adecuado.
- *Descripción del caso clínico.* En esta parte se abordaría meticulosamente el caso en sí, de forma ordenada lógica y cronológicamente, en forma de exposiciones expositivas y alusiones aproximadoras (Muñoz, Hurtado Albir & Rodríguez Inés 2012), dando todos los datos necesarios para la identificación y descripción del paciente, su historia clínica presente y pasada, su historia social, los problemas actuales y los hallazgos encontrados en exámenes clínicos, de laboratorio, y radiográficos, tanto normales como no normales. Dicha historia clínica estaría representada por los síntomas, las exploraciones clínicas, pruebas complementarias, investigaciones e intervenciones - ya sean farmacológicas, clínicas o quirúrgicas -, la diagnosis y el tratamiento, el cuidado interpersonal y el cuidado de la familia, y la evolución del paciente; todo ello por medio de suficientes, pero no superfluos, detalles que aseguren la comprensión, claridad y concisión, y de posibles tablas que agrupen la información en series de períodos de tiempo. Con todo esto que acabamos de mencionar, esta sección se corresponde, en gran medida, con la sección de *métodos* del género artículo de investigación (Muñoz, Hurtado Albir & Rodríguez Inés 2012). Su extensión no debería superar las 300 palabras.
- *Discusión, comentarios y evaluación.* En esta sección se evalúan y se discuten los hallazgos, se confrontan con la literatura encontrada para dotarlo de mayor consistencia, y se evalúan sus aplicaciones clínicas, educativas y de investigación, todo ello de una manera crítica. En ella se deben comentar la asistencia o los cuidados que no han sido efectivos y las posibles reacciones

adversas y contrarias que nos hemos encontrado. Todo esto es esencial para ilustrar y dejar claro el mensaje educativo del mismo e integrarlo en el conocimiento y el área en el que se enmarca; además de para ayudar a convencer sobre la sinceridad del autor (Pujari 2004). Para Muñoz, Hurtado Albir & Rodríguez Inés (2012) esta sección está basada en las relaciones existentes entre las secciones de *introducción y descripción del caso*, presentándose en forma de afirmación instructiva.

- *Conclusiones*. Expresaría de nuevo lo novedoso y diferente del caso y se expondrían las líneas futuras de investigación, así como su contribución al conocimiento del área específica de que se trate.

A esta estructura, algunos autores añaden otras partes a los casos clínicos, dotándolos de más información., Chelvarajah & Bycroft (2004), Green & Johnson (2006), Merino-Trujillo (2009), Pertuzé (2006) y Reyes Ortiz (2001) a la anterior estructura, añaden los siguientes elementos:

- *Título*, que debería ser analítico, directo, claro y atractivo.
- *Resumen*, que describiera los aspectos más importantes del caso y el por qué merece ser publicado.
- *Palabras claves*, de 3 a 10.
- *Recomendaciones*.
- *Agradecimientos*, si fuera necesario.
- *Referencias*, de acuerdo a las normas editoriales de la revista en la que se publique, y sólo aquellas que sean pertinentes para avalar la discusión del caso tratado.
- *Elementos gráficos (radiografías, ecografías), tablas, figuras y notas*.

Este formato más o menos abierto y una estructura menos rígida -pues muchos autores optan por no utilizar todas las secciones- es especialmente útil para la discusión de presentaciones poco usuales o cambios en los diagnósticos, permitiendo por ello que los profesionales de la biomedicina puedan por medio de ellos discutir sus métodos de diagnóstico, el contexto, los antecedentes, la toma de decisiones, el razonamiento y los resultados (Agha 2010), haciendo de este tipo de género algo excepcional en la comunicación científico-médica.

Esta estructura, que hemos comentado anteriormente a groso modo, es analizada más en profundidad por varios autores; ellos proponen una serie de elementos que son la unión de varias de las estructuras propuestas por varios autores –como por ejemplo los mencionados anteriormente.

En los años 60 ya se habla en los artículos relacionados con el tema de la estructura de los casos clínicos, lo cual nos puede dar una idea de lo que en aquellos años se pensaba de lo que debería ser la estructura más adecuada para los casos clínicos. Roland (1968) distingue tres partes fundamentales para este tipo de género científico: la *introducción*, que recogería solamente las citas necesarias a anteriores trabajos; la *historia del caso*, esto es, el cuerpo principal del caso, que registraría todos los datos pertinentes; y, como tercer elemento, la *discusión*, que debería incluir las conclusiones y lo que se debería extraer como aprendizaje.

DeBakey & DeBakey (1983b) hablan de las secciones convencionales de los escritos científicos presentes en los casos clínicos: introducción, descripción del caso, comentario o discusión y resumen o conclusiones, pudiendo estar complementado con referencias, tablas, gráficos o ilustraciones.

La *introducción* recoge el tema, el propósito, la valía y el mérito del caso clínico, esto es, la justificación de su publicación, apoyado todo eso en el conocimiento previo recogido en referencias a trabajos anteriores.

La *descripción del caso* debería incluir la identificación clínica del paciente: información sobre su historia –edad, sexo, raza, origen étnico y ocupación–, exámenes físicos, evaluación del diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico, postoperatorio o seguimiento clínico después del tratamiento médico; pero eso sí, absteniéndose de incluir la liturgia diaria de tensión arterial, temperatura, resultados de los test y consultas.

DeBakey & DeBakey (1983b) siguen mencionando que en los casos clínicos simples es posible la combinación del *comentario* y la *discusión*, resumiendo en la misma sección las características y problemas encontrados en el caso, su significado, la relación del caso con casos previos relacionados con el mismo tema y el nuevo conocimiento o perspectiva que añade al conocimiento, dibujando en algunas ocasiones generalizaciones aplicadas a futuros casos justificado por los datos o argumentos presentados.

Squires (1989), por su parte, habla de tres partes fundamentales para la redacción de los casos clínicos: introducción, descripción del caso y comentarios.

La *introducción* debe ser clara y en ella se debe contener alguna evidencia extraída de la literatura para exponer que el caso es importante. Esta sección debe responder a dos preguntas esenciales: ¿se informa de la razón de ser del caso de manera adecuada? y ¿es la razón fundamental de la realización del caso apoyado por referencias?

La *descripción del caso* debería ser también clara y breve, informando sólo de los aspectos necesarios para asegurar que el caso sea lo que los lectores prevén. Se debe evitar incluir valores normales, resultados repetitivos de laboratorios y una descripción confusa de la evolución de la condición. Se pueden describir dos o tres casos similares, describiendo completamente el primer caso y ofreciendo sólo importantes diferencias o resultados de laboratorio de los dos siguientes con respecto al primero. Se pueden incluir algunas fotografías o gráficos esenciales para dicho caso. Esta sección responde a preguntas tales como: ¿se describe el caso de manera adecuada? ¿se describe de manera breve y clara? ¿los resultados de la investigación son descritos adecuadamente? y ¿están los resultados obtenidos de investigaciones de laboratorio acompañados por valores normales?

Los *comentarios* se asemejan a la sección de discusión en los artículos de investigación originales y en ellos se discute la evidencia para apoyar sus argumentos; los autores deberían describir claramente la cobertura y profundidad de su búsqueda de literatura. En ella, además, se deberían sugerir directrices para llevar a cabo futuras investigaciones en casos similares. Las preguntas que se plantean en esta sección son: ¿es la evidencia que soporta el diagnóstico y las recomendaciones del autor presentadas adecuadamente? ¿se pueden considerar o refutar otras plausibles explicaciones? ¿las implicaciones y la relevancia del caso son discutidas? y ¿se indican directrices para futuras investigaciones de casos similares?.

Para Huston & Squires (1996) la forma más simple de presentar un caso clínico sería la siguiente: el resumen, la introducción, la descripción del caso y los comentarios.

La *introducción*, para estos autores, debe establecer el contexto para el lector del caso, presentando en dicho contexto –cuya extensión debe ser breve- el sujeto del caso y el argumento para probar que el fenómeno que se describe es nuevo o merece ser objeto de estudio.

La *descripción del caso*, por su parte, describe, con todo lujo de detalles, la historia del paciente y sus características, y la enfermedad que padece, asegurando de esta manera que el lector comprende bien el caso. Debe describir todos los test y las

técnicas de diagnóstico pertinentes con su calendario exacto, presentando sólo los valores normales si el test es menos conocido. Si fuera necesario se acompañaría de fotografías, teniendo para ello el permiso del paciente y procurando que no sea posible su identificación.

Por último, los *comentarios* se asemejarían a la parte de la discusión de un artículo de investigación original y deberían resumir los datos que prueban las afirmaciones enunciadas en la introducción, examinar y refutar otras explicaciones posibles, reconocer todos los límites y poner en evidencia las posibles repercusiones y pertinencia del caso.

Otros autores como Iles & Piepho (1996) al hablar de la estructura de los casos clínicos mencionan que dicha estructura refleja la estructura ampliamente aceptada de un “*estudio clínico miniaturizado*” (p. 576), es decir, ella se compondría de una introducción, una descripción del caso, una discusión o sección de comentarios, la conclusión, y el apartado de referencias.

Para ambos autores, y a grandes rasgos, la sección de *introducción* debería ser breve e incluir la importancia del caso que tenemos entre manos, para ello, se ofrecerá nueva información y, por otra parte, se recordará al lector estudios previos publicados e información de base.

La *descripción*, por su parte, sería una sección que contendría sólo los hallazgos pertinentes a los puntos que hemos destacado en la anterior sección de introducción, incluyendo el diagnóstico apropiado y el plan de tratamiento a los que se ha llegado. La información que nos encontraríamos en esta sección sería variada en cuanto a su tipología: información del paciente y sintomatología, historia médica individual y familiar, historia social, medicaciones usadas, resultados del examen físico del paciente y pruebas de laboratorio, diagnósticos diferentes y finales, el tratamiento y los resultados obtenidos de unir toda esta información. Esta sección podría incluir tablas, gráficos y fotografías si fueran pertinentes y completan la información ofrecida.

La información que no se ha dejado muy clara en la anterior sección aparecerá descrita en la parte de la *discusión*, en la que se discutirían los hallazgos e interpretaciones encontradas a la luz de la literatura existente sobre el tema, dejando claro de esta manera lo extensiva que ha sido la búsqueda de literatura por parte del autor del caso. Podría concluir la misma con las implicaciones para el paciente y con el interés y líneas pertinentes para futuras investigaciones.

Green & Johnson (2000) detallan una estructura que está basada en diez partes o elementos, muchos de ellos coincidentes con los que aparecen, o deberían aparecer, en otros géneros científicos:

- *Título.*
- *Resumen estructurado.*
- *Introducción.* Incluye la información básica necesaria para demostrar cómo el caso clínico contribuye a la literatura, pero se ha de limitar esa información sólo a la que es adecuada a los lectores familiarizados con el tema. Se explicarán y definirán términos inusuales o palabras que son esenciales para comprender la información del trabajo.
- *Caso clínico (métodos).* Esta parte describe al paciente, medidas, protocolos de actuación tomados, y tratamientos; aquí el autor describe cómo el paciente ha sido administrado. Es importante ofrecer una descripción detallada del caso, de las primeras medidas tomadas y de otros casos, y la administración, de manera concisa y objetiva, por varias razones: en un primer lugar, para que el lector pueda comprender sin problemas la administración del paciente propuesto por el autor, y, en segundo término, para que se puedan llevar a cabo a raíz de dicho caso futuros estudios basados en un trabajo de calidad. Una parte importante dentro de esta es ofrecer los datos cuantificados del paciente.
- *Discusión.* Describe nuevos hallazgos. Además debe incluir los diagnósticos diferenciales y cómo ellos son eliminados o incluidos en las medidas y resultados finales del paciente, que hacen que el autor comprenda completamente el problema y ofrezca una adecuada evaluación del mismo. También se deben ofrecer algunas sugerencias o hipótesis a raíz de los resultados obtenidos así como de la historia natural del desorden, otros factores y directrices específicas para futuras investigaciones sobre guías de pacientes y esfuerzos clínicos..
- *Conclusión.* No debería ser un resumen del caso sino que debe centrarse en lo que debe ser aprendido del caso clínico.
- *Agradecimientos* (si es aplicable). Estos agradecimientos serían a autores o colegas que han colaborado con sus ideas o sus correcciones en la preparación del manuscrito. Estas personas deben dar su consentimiento para que aparezca su nombre.

- *Referencias.* Deben usarse las referencias de revistas más actuales posibles, aunque es aceptable el uso de referencias de libros para ofrecer información básica y que no cambia sustancialmente. El número de ellas depende del contenido del caso y deben adaptarse a formatos normalizados e instrucciones dadas a los autores por las revistas.
- *Tablas.*
- *Figuras e ilustraciones.* Son una necesidad si se quiere dar al caso más interés y ayudan, en gran medida, a la comprensión y descripción de los procedimientos o hallazgos clínicos. Para la publicación de fotografías e ilustraciones se debe contar con los permisos pertinentes.

Basándose en estudios y guías publicadas anteriormente, relacionadas con el tema y en sus propias investigaciones, McCarthy & Reilly (2000) proponen una estructura de los casos clínicos formada por cinco secciones: comenzaría con un resumen y una introducción; en segundo lugar la historia y la descripción del caso; a esto le seguiría una revisión de la literatura; en cuarto lugar, la discusión; y como quinta y última sección nos encontraríamos las conclusiones y recomendaciones.

Para cada una de estas secciones se propone una plantilla para que los autores de los casos incluyan la información pertinente y necesaria para la comprensión del mismo.

El *resumen* debería contener la cuestión y el problema clínico, el análisis de la revisión bibliográfica y una recapitulación del caso.

La *historia* o el *caso propiamente dicho* es la parte central del caso clínico publicado e incluiría la historia de la situación actual: la descripción del paciente, la historia de la enfermedad presentada, el examen físico, relevantes test de laboratorios, rayos X u otros, diagnóstico inicial y tratamiento, resultados esperados y resultados actuales.

La *búsqueda de la literatura* formaría la sección de *métodos*. Esta tercera sección estaría basada en la búsqueda bibliográfica en MEDLINE u otras bases de datos, a través de diferentes términos de dicha búsqueda y en los resultados obtenidos en la misma.

La *discusión*, esto es, su importancia y el porqué de escribir dicho caso, es la parte más importante del caso. Estaría compuesta, en primer lugar, por una discusión de la literatura relevante que hemos encontrando en la sección anterior dentro del contexto del caso actual; a esto le seguiría la hipótesis; en tercer lugar encontraríamos el proceso

o curso del diagnóstico de la enfermedad, apoyado con tablas del proceso y figuras, fotografías y representaciones; a continuación nos encontraríamos con la discusión de los resultados: interacciones entre fármacos, entre fármaco y enfermedad y otros resultados y observaciones contradictorios; y, en último lugar aparecería, la justificación de la publicación de dicho caso.

La quinta y última de las secciones, las *conclusiones y recomendaciones*, aportarían, normalmente en uno o dos párrafos, la lección aprendida con el caso y las futuras investigaciones que se podrían llevar a cabo a raíz de lo obtenido en el caso propuesto.

Para Khan & Thompson (2002) la estructura de caso clínico se basa en la respuesta a una serie de preguntas que configuran una lista de control para verificar si el caso clínico es digno de publicación y la calidad está presente en su contenido. El *título* debe responder a la pregunta de si parece que está mal redactado para facilitar la recuperación electrónica del mismo. Por su parte, en la *introducción* se debe dejar claro si el caso es único, y si no lo es, preguntarnos si presenta un diagnóstico, pronóstico, terapia o daños pocos usuales. En la sección de *métodos y resultados* nos podemos preguntar: ¿cuál es la causa de la enfermedad del paciente? ¿son adecuadas la historia, el examen y las investigaciones descritas? ¿se consideran y refutan otras explicaciones plausibles? ¿se consideraron todas las opciones terapéuticas posibles? ¿los tratamientos descritos se hacen adecuadamente? y ¿qué resultados podemos relacionar con los tratamientos?. Por último, la sección de *comentarios* debe cuestionar si se ha hecho una revisión bibliográfica de otros casos similares, el porqué de la diferencia de nuestro caso, qué es inusual en él, cómo cambia el saber anterior sobre el área en cuestión, y si deja la puerta abierta para casos similares en el futuro.

Peh (2008, 2010), por su parte, menciona una serie de encabezamientos que deberían contener los casos clínicos: título, un resumen corto y no estructurado (si procede), una breve introducción (que depende de la revista), el caso clínico, la discusión, los agradecimientos (opcional), las referencias y las ilustraciones (también opcionales). El *título* debería ser sucinto, claro y suficientemente informativo para el lector. El *resumen*, alrededor de 100 palabras, incluyendo en él edad y género del paciente, información clínica, diagnóstico, administración, y seguimiento. La *introducción*, como tercera sección, debería ofrecer la información de base sobre por qué un caso particular fue presentado erróneamente: para una nueva enfermedad debería especificar una breve explicación de la misma, su presentación usual y su progresión; y

para un acontecimiento adverso o una complicación debería aparecer los antecedentes de las indicaciones del tratamiento y efectos anteriores.

El *caso en sí* debería aparecer en orden cronológico e incluir de manera comprimida, clara, confidencial y objetiva la historia clínica personal y familiar, los hallazgos resultantes del examen físico del paciente –también los negativos-, los resultados, los diagnósticos diferentes, la administración, el seguimiento y el diagnóstico final. La *discusión*, por otro lado, se ocuparía de la explicación e interpretación de los hallazgos claves, sugiriendo o analizando su hipótesis y sus limitaciones, dando para ello su propia opinión, analizando su aportación a la literatura relacionada con el tema y sugiriendo posibles investigaciones futuras.

Jamjoom, Nikkar-Estahami & Fitzgerald (2009) establecen una estructura básica en los casos clínicos médicos basada en tres partes distintas:

- *Resumen*, que debería contener los aspectos importantes del caso y que ayudan al conocimiento médico.
- *Caso clínico*, en el que se presenta al lector, de manera concisa, la historia del paciente, incluyendo en ella pruebas y hallazgos encontrados, éstos últimos tanto positivos como negativos.
- *Discusión*. En esta sección se pone el caso clínico en contexto, es decir, se informa y se comenta la condición o intervención en cuestión, es decir, la epidemiología, patofisiología, presentación clínica, investigaciones y tratamientos...; todo ello para demostrar que el caso es diferente de la norma y es importante su contribución al entendimiento médico.

Son cinco las secciones propuestas por Cohen (2006) que deben estar presentes en los casos clínicos: resumen, introducción y objetivo relacionado con una revisión bibliográfica, descripción del caso clínico, discusión y conclusión.

La *introducción* debería ofrecer el sujeto, el objetivo o propósito, y el mérito del caso clínico, corroborado todo ello por una concentrada revisión bibliográfica.

La *presentación del caso* es la más integral de las secciones del caso clínico puesto que en ella se describe el caso en orden cronológico y con el suficiente detalle como para que el lector del mismo establezca sus propias conclusiones sobre su validez, eliminando datos que sean superfluos o confusos, como por ejemplo signos vitales, resultados de laboratorio, o consultas típicas con otras disciplinas. Por el contrario, los datos que deberían incluirse en esta sección deberían ser: demografía del paciente y su

historia: edad, sexo, raza, ocupación, historia social, familiar y médica; datos del laboratorio y diagnóstico del paciente, tanto negativos como positivos: procedimientos llevados a cabo, calendario y resultados; historia médica del paciente: nombre de medicaciones, dosis y datos de administración, alergias o reacciones; y dieta de los pacientes, puesto que la comida puede influir de sobremanera en la medicación tomada: reacciones, alergias, causas adversas.

La sección de *discusión*, que ocupa el cuarto lugar en dicha estructura, es la parte más importante de todas ellas y en ella se evalúa al paciente y se comparan, relacionan y contrastan los hallazgos encontrados en el caso clínico con la revisión bibliográfica llevada a cabo, pudiendo así “*establecer una relación causal y temporal y validar el caso con una escala de probabilidad*” (p. 1981), demostrar que el caso es preciso, válido y único y que de él se deriva nuevo conocimiento y aplicabilidad a la práctica médica.

La *conclusión*, la última de las secciones, está basada en la anterior discusión del mismo y en ella se ofrece, de forma concisa y no excediendo en más de un párrafo, una conclusión justificada del mismo, terminando la misma con recomendaciones basadas en la evidencia.

Carleton & Webb (2012) hablan de cinco secciones que normalmente incluyen los casos clínicos: el resumen, la introducción, la presentación del caso, la discusión y la conclusión. La *introducción* situaría, en aproximadamente 500 palabras, el rol del caso en un contexto necesario, haciendo comprender por qué es importante dicho caso y cómo se relaciona con la práctica clínica. La *presentación del caso* establecería el examen, el diagnóstico, los progresos, el tratamiento y los resultados en orden cronológico, empezando la misma por la dolencia principal y la historia médica, familiar y social. Muchas veces esta sección se ve completada por tablas y figuras que explican los valores y rasgos normales de serologías o test de diagnósticos y ayudan en la explicación de los hallazgos clínicos. La *discusión* revisa la evidencia -apoyada por las decisiones clínicas-, contrasta el caso con casos similares de la práctica clínica -por medio de la revisión bibliográfica llevada a cabo- y describe el tema y los hallazgos principales. La *conclusión*, por último, hace un resumen del caso, aporta posibles aplicaciones de los hallazgos, sugiere futuros estudios clínicos y pone de relieve la necesidad de más investigaciones.

Uribarri (2012) a partir de los requerimientos aparecidos en la Convención de Vancouver, establece un formato específico para el caso clínico: resumen -basado en el

texto base o hipertexto-, caso clínico propiamente dicho y referencias bibliográficas. La primera y la última parte de esta estructura se considerarían una “envoltura” del caso clínico.

Si nos centramos en la segunda sección de la estructura de este tipo de género, el *caso clínico propiamente dicho*, esta autora encuentra que ella se acerca en gran medida a la estructura que presentan los trabajos científicos originales y que se representa con el acrónimo IMMRYD: Introducción, Material y Métodos, Resultados y Discusión. Sin embargo, esta estructura tiene unos matices que la hacen única y diferente, quedando el caso clínico estructurado de manera definitiva de la siguiente forma: *introducción; presentación del caso*, que incluiría la siguiente información: el estado inicial de paciente y su evolución, el gradiente del caso, el diagnóstico, la terapéutica y los resultados esperados o inesperados; y la *discusión* y las *conclusiones*.

Por su parte, para Jupal, Thaledi & Thawani (2013) la estructura usual de un caso clínico comprendería un *resumen no-estructurado*, una corta *introducción*, la *descripción del caso* y la *discusión*. Pese a ser la estructura más usual y seguida de este tipo de género biomédico, estos autores dejan claro que dicha estructura estará influenciada por el formato requerido por las revistas escogidas para su divulgación, siguiendo para ello las instrucciones que se dan a los autores, puesto que la cuestión del espacio en dichas revistas es constante, problema que actualmente se ve mitigado con la publicación de dichas revistas en formato electrónico.

Matizando esta estructura, los tres autores mencionan otra serie de componentes que harán más comprensibles y claros estos casos, componentes extraídos de la revisión de las instrucciones a los autores que antes hemos mencionado de varias revistas y que darían a todos los casos un formato normalizado y homogéneo; así pues, dichos componentes quedarían de la siguiente manera:

- *Título*. Dicho título debería ser fiel, conciso, exacto, claro, breve, “pegadizo”, y que suscite el interés general del lector.
- *Resumen*
- *Introducción*; donde aparecería el propósito del caso clínico y la relación de dicho caso con anteriores datos publicados –aunque no ahondado ni llegando a grandes niveles de profundidad- sustentado ello por la reseña de algunas referencias relevantes. Entre sus características se encontrarían la brevedad – alrededor de 100 palabras- y su estructura tipografía en un solo párrafo.

- *Caso clínico.* Constituiría el cuerpo principal del caso: datos del paciente –edad, sexo, ocupación, etnia, peso y altura- historia clínica, hallazgos tras el examen físico del paciente, resultados de la investigación, diagnósticos diferentes y provisionales, hallazgos negativos, seguimiento, efectos del tratamiento, efectos no esperados y diagnóstico final, presentados todos ellos en orden cronológico, de forma clara, y muy precisa y estableciendo una relación causal y temporal entre los mismos. Todos estos datos pertinentes deben mantener la confidencialidad del paciente, no siendo identificable el mismo ni por la información que se da sobre él ni por las posibles fotografías que aparezcan en el caso clínico, debiendo obtener el permiso previo del paciente para la utilización de sus datos.
- *Discusión.* En ella se llevaría a cabo, de forma breve, una comparación de nuestro caso con casos anteriores similares, y una conclusión y explicación de lo más relevante. Debería contener una revisión bibliográfica limitada, un resumen del caso y la conclusión a la que se ha llegado.
- *Agradecimientos.* En ella constaría los nombres de las personas que han ayudado al autor en la preparación del manuscrito, pero no convirtiéndose por ello en autores del mismo.
- *Referencias.* Se limitaría el número de las mismas, siendo sólo las relevantes las que verdaderamente deberían aparecer, usando prioritariamente las más recientes –cinco años aproximadamente- y respondiendo al formato que exijan las instrucciones dadas en las revistas para los autores.
- *Partes suplementarias,* entre las que se encontrarían, si la revista lo estima oportuno, las figuras, las tablas y los gráficos; sólo se deberían utilizar si ofrecen datos adicionales o si dan más detalles al lector.

De todas ellas, la aparición del resumen y la introducción en el caso clínico dependerían de la revista- de hecho muchos casos comienzan directamente con la descripción del caso-, los agradecimientos serían opcionales y las referencias limitadas.

Pero no todos los investigadores centran sus estudios en analizar la estructura de los casos clínicos como hemos visto hasta ahora basándose en las secciones de los mismos que están en consonancia con la macroestructura de los artículos científicos y médicos; Hung, Chen & Tsai (2012) analizan la estructura retórica y las características lingüísticas de los casos clínicos basándose en el estudio de las *moves* que deberían

estar presentes en los mismos, *moves* que, por otra parte, dejan muy claro las partes de las que se compondrían dicho género médico. A partir de su estudio, basado en el análisis de casos clínicos realizados en Taiwán en revistas médicas internacionales –*The New England Journal of Medicine, The Lancet, Journal of the Formosan Medical Association* y *Acta Neurologica Taiwanica*- estos autores llegaron a la conclusión de que los casos clínicos médicos deberían comenzar con la *identificación esencial del paciente*, dando información actual sobre la historia de su situación actual; seguir con un *resumen del examen físico* del mismo y de los *resultados* de los test que permiten un conocimiento profundo sobre el caso; y finalizar con el *diagnóstico inicial* y el *diagnóstico diferencial*, el *transcurso médico*, la *gestión del caso y de la enfermedad*, y con el *seguimiento*. Así pues, y partiendo de esa información que debe aparecer, Hung, Chen & Tsai (2012) establecen las siguientes *moves* con sus *steps* (pasos) correspondientes:

<i>Moves</i>	Definiciones
<p>Move 1 Historia de la enfermedad actual</p> <p>Step 1: Identificación y cumplimentación de la dolencia</p> <p>Substep 1: Identificación del paciente</p> <p>Substep 2: Dolencia(s) principal(s)</p> <p>Step 2: Proceso clínico</p> <p>Substep 1: Aparición y duración de la dolencia(s) principal(s)</p> <p>Substep 2: Evolución y situación actual</p> <p>Step 3: Cuidados médicos antes del ingreso</p> <p>Substep 1: Visita al médico</p> <p>Substep 2: Manifestaciones del paciente</p> <p>Substep 3: Exámenes físicos</p> <p>Substep 4: Hallazgos de laboratorio y diagnóstico</p> <p>Substep 5: Gestión clínica</p> <p>Substep 6: Acontecimientos relevantes durante el previo proceso clínico</p> <p>Step 4: Admisión</p> <p>Substep 1: Admisión</p> <p>Substep 2: Información extra en el ingreso</p>	<p>Datos identificativos del paciente, normalmente extraídos de las dolencias expresadas por el propio paciente, y descripción del(os) síntoma(s) con características clínicas en orden cronológico y de manifestación de las mismas</p>
<p>Move 2 Historia médica pasada</p>	<p>Descripción de la historia de las enfermedades pasadas, incluyendo operaciones</p>

Move 3 Perfil personal y social	Listar las cuestiones y problemas relevantes de salud relacionados con su historia personal y social
Move 4 Historia médica familiar	Ofrece la historia sobre enfermedades de los demás miembros de la familia del paciente
Move 5 Historia toxicológica	Mención de las alergias del paciente y listado de la medicación actual del paciente tomada antes del ingreso del paciente
Move 6 Examen físico general en el ingreso	Resumen de los resultados del examen físico general en el momento del ingreso
Move 7 Resultados generales de laboratorio y diagnóstico en el ingreso	Resumen de los resultados de laboratorio y del diagnóstico inmediatamente antes y después del ingreso
Move 8 Curso clínico después del ingreso Step 1: Manifestaciones del paciente Step 2: Examen físico en el proceso clínico Step 3: Hallazgos de laboratorio y diagnóstico en el proceso médico Step 4: Gestión clínica	Resumen del proceso clínico cronológico durante los días en el hospital
Move 9 Registros médicos después del alta Step 1: Manifestaciones del paciente Step 2: Exámenes físicos Step 3: Hallazgos de laboratorio y diagnóstico Step 4: Gestión clínica	Evaluación de la situación tras el alta médica

Tabla 15. *Moves* y *steps* presentes en la estructura de los casos clínicos. Fuente: Hung, Chen & Tsai (2012).

Para establecer la calidad de un caso clínico Albrecht [*et al.*] (2009) elaboraron una lista de control que aseguraba la calidad de los mismos y la calidad de las series de casos a la hora de la descripción de terapias innovadoras, enunciando de manera indirecta la información relevante que se debería incluir un caso clínico. El resultado lo resumieron en el siguiente esquema:

Diagnóstico	¿Están identificados claramente los criterios de diagnóstico y conocidos por el paciente o pacientes?
Consentimiento informado	¿Se ha documentado el consentimiento del paciente?
Tratamiento natural de la enfermedad	¿Hay alguna referencia al tratamiento natural de la enfermedad o, si es aplicable, al tratamiento estándar de la misma?
Dosis	¿Están descritas adecuadamente la dosis, la duración y la valoración del tratamiento?
Medidas resultantes	¿Están las medidas y consecuencias bien definidas? ¿Son clínicamente relevantes? ¿Son subjetivas o normalizadas?
Percepción del paciente	¿Hay alguna documentación sobre la percepción del paciente en relación a las medidas, consecuencias e intervención?
Seguridad	¿El autor describe los riesgos conocidos asociados con la intervención?
Conclusiones del autor	¿El autor no ofrece comentarios de afirmaciones infundadas sobre la seguridad y la eficacia?
Criterios de inclusión y exclusión	¿Los criterios de inclusión y exclusión están claramente definidos?
Casos consecutivos (si se trata de una serie de casos)	¿Están incluidos todos los pacientes posteriores tratados por un médico o por una institución?

Tabla 16. Lista de control para analizar la calidad de los casos clínicos. Fuente: Albrecht [et al.] (2009).

II.3. La estructura del resumen biomédico y su reflejo en la calidad estructural de los resúmenes de los casos clínicos

Analizado el caso clínico como género diferenciado dentro de la literatura biomédica, identificada su estructura retórica característica y destacada su importancia en la comunicación de evidencias para la práctica investigadora y médica, nos centraremos ahora en nuestro objeto de estudio: el resumen y más concretamente en el resumen biomédico. Esa visión será desde un punto de vista estructural, con especial atención en la calidad de los mismos. Y ello, desde la consideración del aspecto retórico-formal, para ayudar en la pertinente recuperación de información, tomando como punto de partida las normas y directrices internacionales sobre la elaboración de resúmenes científicos creadas al efecto, los estándares normalizados existentes y las investigaciones llevadas a cabo por especialistas de la documentación y de la biomedicina.

Caracterizaremos así en primer lugar los elementos propios que configuran el resumen documental como género propio en el contexto de la información y recuperación de información para estudiar después específicamente en el resumen en

biomedicina descendiendo a los estudios de sobre resumen en el subgénero biomédico del caso clínico y a los elementos que configuran la su calidad informativo-documental.

II.3.1. El resumen documental como género propio: concepto, función y características

Para poder profundizar en el resumen del caso clínico hemos de contextualizar la noción de resumen documental. Esta es una cuestión que no ha sido tratada desde el punto de vista estudio de género del análisis del discurso o de la traductología enfocando sus investigaciones hacia los intereses de sus propias especialidades: el conocimiento lingüístico de las variables estructurales de los discursos, la traducción, la didáctica de la escritura académica, etc. Sin ello nuestra investigación quedaría incompleta y no podríamos enmarcar de manera adecuada los objetivos de la misma. Aludiremos pues, brevemente, a cuestiones definicionales del resumen científico así como a tipologías y funciones que delimitan al género resumen documental como un subgénero documental específico en ámbito de la representación y recuperación de información.

II.3.1.1. Concepto y cuestiones previas

La operación de resumir se puede considerar el acto por el cual se examina el contenido del documento e identifican las estructuras del texto original, describiéndolas en mayor o menor profundidad según el nivel de análisis al que sea sometido el texto, y representándolas mediante la redacción de un nuevo texto, condensación del original (Gil Urdiciain 1994). De esto se extrae que un “abstract” es un resumen conciso de la materia central de un texto de un documento (Paice 1990), una representación abreviada y fiel del contenido de un documento, sin añadir ningún tipo de interpretación o crítica (O’Connor 1996), “*un ejemplo de representación condensada del documento... Es a la vez una representación y un documento condensado de un documento fuente*” (Cross & Oppenheim 2006, p. 430). Estos resúmenes son, en palabras de Lorés (2004), una puerta que hace que el lector acepte o rechace un artículo, que las revistas seleccionen las contribuciones para su posterior publicación o que los organizadores de conferencias y congresos acepten o no un trabajo.

La información que aparece en los distintos géneros biomédicos anteriormente mencionados, y en los de cualquier disciplina, también puede ser reducida para asimilar mejor su conocimiento. Esa reducción es lo que denominamos resumen, que nace, en palabras de Moreiro González (1989, p. 149), “*al formarse una macroestructura informativa general de las secuencias de las frases de un texto*”. Además, sigue mencionando, que un resumen depende también de las reglas y categorías que determinan la organización global del tipo concreto de texto: normas metodológicas de la investigación científica, documento original, especialidad concreta de la ciencia y estructura narrativa. A este respecto, tres son los “camino”, estrechamente unidos, que hacen que los resúmenes difieran de los artículos de investigación en general: difieren en su función, por un lado, en su estructura retórica, en segundo lugar y, por otra parte, en su realización lingüística; la función de un resumen, por tanto, estará determinada por la estructura global y su realización lingüística (Lorés 2004); situando a su vez al resumen como un texto diferente de otros tipos de condensación de contenido en cuanto que es un reflejo, en gran medida, de la “macroestructura semántica” y la superestructura teórica del documento original; es un producto elaborado por un analista resumidor y fruto de un análisis de contenido; y, además, constituye un género documental y de comunicación propio (Montesi 2006). De estas palabras se extrae que el resumen documental tiene, por tanto, unas características que lo hacen diferir de otros texto análogos de condensación, como acabamos de mencionar, relacionadas ellas con su estructura, su metodología y su finalidad, reflejado, de esta manera, en su triple dimensión: cognitivo-representadora, retórico-estructural y pragmático-documental¹⁷ (Izquierdo Alonso & Moreno Fernández 2009).

Esto nos lleva a inducir que cada resumen vendrá determinado por las características y estructuras de cada tipo de documento científico y que existirían diversos tipos de resúmenes según el documento de referencia. Hemos de señalar en este punto y a raíz de lo que acabamos de comentar cómo han sido ampliamente estudiados los resúmenes de los artículos científicos –normalización, calidad, estructura, terminología- en las distintas áreas científicas, olvidando o relegando a un segundo plano a los que aparecen en otras tipologías discursivas médicas, como es el caso que nos ocupa en nuestro trabajo: los resúmenes de las notas clínicas.

¹⁷ La dimensión cognitivo-representadora está relacionada con el análisis, la reducción y la organización de la información del documento en función de unas pautas determinadas; la retórico-estructural hace referencia a la representación exacta de la estructura de un documento; y, por último, la pragmático-documental reivindica al resumen como un documento secundario cuya función principal es la comunicación y difusión del contenido informativo del original.

Además, continúa diciendo Moreiro González (1989), un resumen, al igual que el texto original, presenta una “*macroestructura relativa que se encuadra en unos niveles semánticos referenciales y subyacentes: el crecimiento continuo de la ciencia, que se ha desarrollado por la agregación de conocimientos específicos... El mensaje que contiene un resumen viene a ampliar la información existente en un campo del conocimiento*” (p. 152).

Debido al poco tiempo que tienen los profesionales de la medicina, al crecimiento exponencial de las revistas biomédicas durante los últimos 60 años y a la gran cantidad de información transmitida por distintos canales de información, los profesionales médicos hacen inevitable la lectura de resúmenes para seleccionar una serie de materiales para su lectura. Esto ha convertido al resumen documental recientemente en un género propio esencial en medicina y también en parte importante dentro de algunos de los otros géneros médicos (Piqué-Angordans & Posteguillo 2006).

Son muchos los tipos de resúmenes que nos podemos encontrar encuadrados en diferentes clasificaciones: resumen de autor, representación documental del contenido, naturaleza semiótica de la información representada, modo de difusión y disposición tipográfica-formato de presentación; pero para Izquierdo Alonso & Moreno Fernández (2009) todos ellos se pueden reducir a simplemente cuatro: 1) el *resumen indicativo*, que no sobrepasa las 100 palabras y que indica la macroestructura general, el/los objetivos y los hallazgos principales del texto que se va a resumir, 2) los *informativos*, entre 100 y 500 palabras, que al contrario que los indicativos, profundizan más en el contenido del documento, reflejando de manera exhaustiva la estructura del documento a resumir: objetivos del trabajo de investigación, la metodología, los resultados y las conclusiones; el resumen mixto sería una variedad de este resumen informativo, en el que recoge todas las *moves* del resumen informativo, excepto los resultados; 3) el *resumen crítico*, el cual al final de las conclusiones ofrece unas consideraciones globales del documento a resumir: originalidad del trabajo, metodología empleada, cumplimiento o no de objetivos...; y, por último, el *resumen estructurado*, que más tarde abordaremos en profundidad, que refleja la estructura de objetivos, metodología, resultados y conclusiones junto con los antecedentes de la investigación organizados en una estructura formal formada por encabezamientos que son una réplica de las *moves* del documento original. Estos tipos de resúmenes harán que existan, por tanto, estructuras retóricas diferentes (Lorés 2004); eligiendo un tipo u otro de resumen “*en*

función de las expectativas del uso del mismo” (Izquierdo Alonso & Moreno Fernández 2009, p. 44) y de las características inherentes al género discursivo resumido.

La acción de resumir y, por ende, su producto final, el resumen, asume diferentes funciones de acuerdo al documento para el que sirve como contenido referencial. En nuestra cultura, un resumen científico es sinónimo de producto de síntesis y transmisión de comunicación e información científica. Cada tipo de comunicación científica da unas características específicas en el formato, el contenido, la función y el estilo del resumen, dando lugar a un “metagénero” donde se pueden apreciar subgéneros de acuerdo a distintas disciplinas y distintos tipos de documentos, siendo ello objeto de muchas investigaciones (Izquierdo Alonso & Moreno Fernández 2010).

Que el resumen origine un género por derecho propio lo exponen los autores Izquierdo Alonso & Moreno Fernández (2009); el resumen se constituye como género discursivo documental al contener todas las convenciones meta-representacionales dentro de su estructura: estructura retórica, elementos de contenido -estructura informativa lógico-semántica o forma de presentación- y unas pautas de estilo y presentación; a esto se suma, en palabras de estos autores, un contexto sociointeraccional dentro de una situación comunicativa-documental determinada ; es decir, en ellos se unen elementos intratextuales y elementos extratextuales que lo configuran como género y que afectan a la estructura, al contenido y al estilo.

Estos resúmenes se han llegado a convertir, por lo que hemos mencionado, en un género separado de su artículo asociado y bien establecido en el discurso académico, aumentando actualmente su nuevo valor por medio de centrarse en los resultados, e incluso omitiendo ciertas *moves* como la de método (Gillaerts & Van de Velde 2010). Se trata, en definitiva, de unos textos que en sí pueden sugerir investigaciones sobre género, puesto que muchos de ellos pueden ser altamente reveladores de comunidades discursivas en una disciplina (Swales 1990). Los resúmenes han llegado a convertirse cada vez más en un muy común y obligatorio género en la comunicación primaria de los hallazgos de una investigación, debido a su utilidad (Santos 1996) y al valor que tienen como plataforma retórica para las relaciones interpersonales (Gillaerts & Van de Velde 2010). Kaplan [*et al.*] (1994) afirma que “*no es un género monolítico sino que probablemente tiene varios subtipos*” (p. 423), de ahí que, para crear un resumen eficaz, haya que dominar la organización textual y otras características lingüísticas del mismo (Martín Martín 2003).

II.3.1.2. Función y objetivos del resumen documental

La función, y la importancia, de los resúmenes en el mundo biomédico es plena: *“cómo la función pragmática del resumen científico consiste en proporcionar al usuario información acerca de los documentos que desea consultar, esto sucede por la razón comunicativa que subyace a todo producto nacido del análisis documental. La conformación del resumen de un texto pleno le concede ser un documento comunicativo en sí mismo, que en muchos casos concede al usuario la respuesta adecuada a sus interrogantes... al trasladar al usuario una información decisoria y válida por sí misma, que sustituye la información principal del texto íntegro y que aparece redactada configurando una estructura nueva, original e independiente en su expresión. Sin embargo, bajo la nueva escritura subyacen las macroestructuras del original”*. (Moreiro González 1989, p. 156).

Entre los objetivos que cumplen estos resúmenes científicos, muchos de ellos compartidos con los resúmenes en general, que pueden aparecer al comienzo del artículo científico o publicados separadamente en la sección de resumen de otra publicación o en una revista de resúmenes (DeBakey & DeBakey 1983), podemos encontrar los siguientes (Bobenrieth 1994; Moreiro González 1989; Salanger-Meyer 1990; Santos 1996):

- Informar a los usuarios científicos acerca del contenido preciso de los documentos, ante la necesidad de acceder con rapidez a cuanto de nuevo aparece en su ámbito, a través de los resúmenes de contenido y ante un título que es bastante incierto e impreciso.
- Introduce y despierta el interés en el tema, permitiendo que el lector determine la pertinencia y la relevancia en relación a su interés particular.
- Ayudar al lector a decidir si le interesa leer el documento en su totalidad, puesto que da una visión preliminar de la investigación.
- El resumen se convierte en información transferida de los contenidos del texto original. Así proporciona al usuario los elementos decisorios sobre la conveniencia de consultar el texto íntegro o desechar su selección.
- El resumen ayuda a los lectores a recordar el contenido básico del artículo y a comprender el objetivo del escritor y la estructura del texto.

- Refleja las macroproposiciones del artículo completo por medio de los distintos bloques de datos que presenta el original: introducción, metodología, desarrollo del tema, resultados, conclusiones, bibliografía aportada...
- Ofrece, cuando es necesario, un lenguaje preparatorio para el texto puesto que menciona palabras y conceptos claves que serán tratados en el texto. Además, puesto que expresan lo tópicos muchas veces por medio de tecnicismos específicos, apoyan con gran fuerza la necesidad de normalización del lenguaje utilizado en la redacción del resumen, persiguiendo a su vez la accesibilidad y normalización terminológica que requiere todo documento transmisor de información científica.
- Cuando un lector está ligeramente interesado en la investigación como un todo, y principalmente interesado en una de las partes de la investigación, por ejemplo en la de los resultados principales, el resumen da esta información de forma breve y pertinente, ahorrándole tiempo.
- Utilización del resumen en labores de recuperación documental a través del reconocimiento por parte del ordenador de los descriptores utilizados en el texto.
- El resumen, publicado en lenguas accesibles, normalmente en inglés – independientemente de la lengua del original – se convierte muchas veces en el único medio para conocer la existencia y tema de muchas investigaciones.

Izquierdo Alonso & Moreno Fernández (2009) resumen y agrupan estos objetivos en siete funciones:

- Función instrumental, puesto que el resumen se convierte en una meta-representación documental.
- Función interactiva, puesto que ofrecen conocimiento y actúan de mediador en una recuperación efectiva de la información.
- Función reguladora/documental, puesto que el resumen responde a una representación normalizada de información.
- Función selectiva, ya que actúan como orientadores de relevancia para la consulta completa del documento al que representan.
- Función de sustitución, puesto que se convierte en un fiel reflejo del contenido del documento original.

- Función de orientación y anticipación, familiarizando al lector con la estructura textual y el contenido del documento, puesto que el resumen refleja la superestructura del documento y su macroestructura temática.
- Función heurística (inductora en la búsqueda de contenido) y de alerta informativa ante el crecimiento de publicaciones electrónicas, sirviendo además de filtro y descubrimiento de información en directorios temáticos o metabuscadores.

Cross & Oppenheim (2006) dicen que “*la capacidad de presentar clara, concisamente y de modo inequívoco los puntos principales de un documento original determina la utilidad y eficacia de un resumen*” (p. 432)

II.3.1.3. Características del resumen documental

Como principios caracterizadores de la *descripción sustancial* que define la idiosincrasia de los resúmenes científicos y del resumen documental, Moreiro González (1989) menciona los siguientes:

- *Entropía*, esto es, evitar la redundancia tanto lingüística como contextual, ya que los usuarios a los que se dirige el resumen científico tienen unos conocimientos mínimos en la especialidad de referencia.
- *Pertinencia*; trasladando de modo conveniente la información del original, que conviene al usuario o destinatario de ese escrito, al resumen y de acuerdo con una normalización terminológica que permita la comunicación entre autor y usuario, siendo necesario para ello la aplicación adecuada de voces técnicas así como la utilización del lenguaje científico y documental de una manera similar en ambos casos.
- *Coherencia*. La exigencia de esta cualidad en el resumen viene dada por la correcta distribución de la información en su texto por medio de una secuencia de frases linealmente ordenadas y conectadas. Las proposiciones de un resumen están conectadas por el mismo tópico: la información científica específica contenida en cada documento.
- *Corrección lingüística*, por medio del seguimiento de reglas y normas que la lengua ha fijado para formar frases y por medio de una significación unívoca, que no dé lugar a diversas interpretaciones.

A estas características podemos unir las que Izquierdo Alonso & Moreno Fernández (2009) mencionan como atributos del resumen documental:

- *Autonomía*, constituyéndose como un documento secundario independiente.
- *Fidelidad al documento original*, ya que respeta la estructura y el contenido según el tipo de texto y su función comunicativa.
- *Concisión/brevedad/economía*: máxima información con el mínimo de signos sin perder la densidad informativa del texto original.
- *Precisión*, en términos de eliminación de la redundancia y la no omisión de información relevante.
- *Efectividad* (calidad percibida), valorando el grado de representación documental y la densidad informativa del resumen.
- *Exhaustividad estructural / representatividad formal o retórica*, en función de la tipología documental del documento original.
- *Exhaustividad / temática o completitud*, representando de manera completa el contenido.
- *Consistencia temática*: representación del contenido, sin omitir partes sustanciales del mismo.
- *Consistencia de la estructuración*, reflejando todas las *moves* o secciones retóricas.
- *Especificidad temática/esencialidad/representación temática*, es decir, el grado de detalle que refleja toda la información importante de cada sección.
- *Coherencia temática y cohesión gramatical*.
- *Pertinencia/ Adecuación* respecto a las expectativas informativas del usuario.
- *Eficiencia*.
- *Disposición, presentación, visualización y legibilidad*, relacionado todo ello con el formato de presentación del mismo que influye en su localización rápida.
- *Legibilidad/lecturabilidad*.
- *Claridad expositiva vs. complejidad*.
- *Corrección y validez* (pragmática, semántica y morfosintáctica), es decir, la ausencia de errores de estructura, contenido y estilo.

Derivado de estas características, un buen resumen, en palabras de Bobenrieth (1994, p. 25-6) deber ser “*inteligible, completo, exacto, objetivo y conciso; debe dar datos concretos y no compilar generalizaciones.... Debe evitar abreviaturas y fórmulas.*

Tampoco debe incluir referencias citadas en el texto; igualmente debe excluir tablas, gráficos u otras ilustraciones... Debe ser autoexplicativo y autónomo. Deber ser inteligible por sí mismo, sin referencia al artículo” (p. 25-6). Sigue mencionando que estos resúmenes se deben ubicar entre el título y la introducción, excluir las abreviaturas no explicadas y las referencias bibliográficas, excluir tablas y gráficos e información o conclusiones que no estén en el texto. Pero si hay algo que caracteriza este tipo de resúmenes es el empleo de verbos activos en pasado verbal (Swales 2011).

Pero Bobenrieth (1994) también expone una serie de faltas y errores que este tipo de resumen científico suele contener: omite elementos importantes y destaca asuntos insignificantes; no es inteligible por sí mismo; no incluye los objetivos, los materiales y métodos, los resultados más relevantes ni las conclusiones; incluye conclusiones que no aparecen en el texto; utiliza abreviaturas y símbolos; carece de claridad, precisión, concisión, sencillez y secuencia lógica; no es autoexplicativo; y utiliza nombres coloquiales o marcas registradas de productos químicos, entre otros.

II.3.2. El resumen en biomedicina

El resumen en biomedicina ha sido estudiado bajo la perspectiva del *análisis discursivo* bien desde el ámbito de la traducción, la escritura científica biomédica, la enseñanza del inglés para fines específicos o la lingüística aplicada. Así, hay estudios que desde el *enfoque de análisis de género* y orientados al análisis de modalizadores en resúmenes médicos, intentan contribuir a la mejora de la escritura médico-académica como los de Salager-Meyer (1992, 1994, 1996) y otro grupo de estudios bajo el paraguas de la retórica contrastiva (Salager-Meyer 2003; Zhao & Tao 2013; Mendiluce Cabrera & Hernández Bartolomé 2004, 2005; Pérez Ruiz 1999; etc.).

Revisaremos las propuestas que realizan los autores desde el campo de la literatura biomédica.

Hemos de señalar también que en biomedicina ha proliferado en gran medida un tipo específico de resumen que se acomoda muy bien a las necesidades informativas de los profesionales médicos. Este resumen es el *resumen estructurado*, el cual hemos definido antes cuando hablábamos de la clasificación del resumen documental hecha por Izquierdo Alonso & Moreno Fernández (2009). Este tipo de resumen atiende a tres objetivos esenciales desde la literatura biomédica: informar mejor a los lectores, mejorar

la recuperación de la información y, por último, facilitar la revisión por colegas (Guimarães 2006).

II.3.2.1. Tipologías en el resumen biomédico: resumen tradicional narrativo y resumen estructurado

En relación a la estructura del resumen en biomedicina, que suele ser un *resumen informativo*, Bobenrieth (1994) propone dos modalidades diferentes: el resumen tradicional y el resumen estructurado.

El resumen, en su forma tradicional, debe expresar de una forma clara, concisa y secuencial cuatro elementos:

- a. Los objetivos e hipótesis de la investigación.
- b. Los métodos empleados, incluyendo: tiempo, lugar, sujetos y la intervención efectuada.
- c. Los principales resultados obtenidos con valores precisos.
- d. Las conclusiones principales con sus limitaciones de validez y su alcance.

Estos cuatro elementos responden a unas preguntas determinadas que van a guiar la elaboración del resumen (DeBakey & DeBakey 1983):

1. ¿Qué he hecho y por qué lo he hecho? Es decir, mencionar la base del estudio y sus límites, plantear una cuestión, establecer una hipótesis, indicar los objetivos y especificar la magnitud o extensión del estudio y la información básica.
2. ¿Cómo lo he hecho? Se describirían brevemente los materiales usados y cómo los he utilizado, las técnicas nuevas, los controles llevados a cabo, los test y las escalas utilizadas, si son métodos cualitativos o cuantitativos, el rango de operación o los límites de precisión.
3. ¿Qué he encontrado? Se resumirían los resultados y hallazgos más importantes, incluyendo sus relaciones y correlaciones estadísticas y se mencionarían, también, los límites de validez.
4. ¿Qué significa? Es decir, se exponen brevemente las conclusiones derivadas de los datos y argumentos presentados anteriormente; además, se harán recomendaciones para posibles aplicaciones y nuevas líneas de investigación.

El *resumen estructurado*, debido a un crecimiento ininterrumpido desde su introducción a finales de los ochenta, va ganando más popularidad en las publicaciones científicas,

especialmente en el campo biomédico (Montesi & Gil Urdiciain 2006), siendo adoptado por parte de la mayoría de revistas médicas, especialmente las españolas, incluso los resúmenes presentados a congresos se presentan, se distribuyen y se publican en formato estructurado (Hartley 2014). La temprana adopción y promoción de este tipo de este formato de resumen por algunas de las más respetadas e influyentes revistas clínicas fue, en gran medida, el mayor factor de impacto en la difusión de este formato en otras revistas clínicas (Harbourt, Knecht & Humphreys 1995). En realidad, tal vez, tendríamos que hablar de diferentes formatos resúmenes estructurados en relación a distintas ramas del saber (Izquierdo Alonso & Moreno Fernández 2010).

Este resumen estructurado, que consiste en unos cuantos párrafos breves, precedido cada uno de un subencabezamiento normalizado (Day 1979), debe expresar de una forma secuencial ocho elementos presentes en la investigación:

- a. Objetivo
- b. Diseño
- c. Contexto
- d. Sujetos, esto es, participantes, pacientes...
- e. Intervenciones
- f. Medición del desenlace
- g. Resultados principales
- h. Conclusión

En la actualidad, una tercera parte de los resúmenes estructurados publicados en revistas médicas usan los ocho subencabezamientos mencionados anteriormente, mientras que las otras dos terceras partes usan la variante de cinco subencabezamientos: Antecedentes, Objetivo, Métodos, Resultados y Conclusiones (Nakayama [et al.] 2005); esta última opción es la que Hartley (2007) menciona como necesarios y requeridos.

Al respecto de la estructura de este tipo de resúmenes, Izquierdo Alonso & Moreno Fernández (2009) proponen otro modelo estructural. Para ellos, el resumen estructurado incluye dos aspectos formales que lo hacen diferente de otro tipo de resúmenes y que aumenta la eficacia comunicativa del mismo: por una parte, incluyen el *background*, es decir, los antecedentes de la investigación, el esquema propuesto para reflejar los objetivos-metodología-resultados-conclusiones; y, por otra, refleja el esquema formal o la estructura retórica del resumen, es decir, la estructura formal del documento original, que lo hace por medio del uso de “*encabezamientos*

convencionalizados o rótulos que reproducen los movimientos retóricos (moves o secciones) del documento resumido, para organizar y distribuir la información esencial de un modo sistemático, con distintos grados de densidad semántica. Dichos esquemas formales o encabezamientos son frames semánticos y pragmáticos que cumplen una función metadiscursiva de contextualización visual” (p. 49).

Este tipo de resumen estructurado, substancialmente extendido, y en función de lo que acabamos de mencionar, puede ayudar de una manera más fácil, por tanto, al reconocimiento de artículos relevantes y válidos, a una búsqueda automatizada más precisa y eficaz de bibliografía, y en los procesos de evaluación por colegas (Mulrow [et al.] 1988).

Dos son las funciones que tienen estos resúmenes estructurados para Izquierdo Alonso & Moreno Fernández (2009): la primera estaría relacionada con la recuperación de información, ya que facilitan la identificación de zonas relevantes informativas y la extracción de datos e ideas destacadas para el lector; y la segunda consistiría en ofrecer una síntesis de la información, jugando el papel de anticipo o esquema previo para la lectura, mejorando, de esta manera, la comprensión lectora por parte del lector.

Estos ocho elementos antes mencionados relacionados con la macroestructura de este tipo de resúmenes pueden sufrir alguna modificación que otra, pero nunca dicha modificación consistirá en la supresión de uno de esos elementos; un ejemplo de ello es lo que propone O'Connor (1996) en su obra *Writing successfully in science*; en dicho manual O'Connor nos dice que el resumen estructurado se divide en unas secciones, cuando es publicado en revistas clínicas, cuyos encabezamientos son: *Objetivo, Diseño, Contexto, Pacientes, Tratamiento, Resultados y Conclusión*. Como vemos los ocho elementos presentes en cualquier investigación se reflejan en el resumen estructurado propuesto por O'Connor, ya que bajo el encabezamiento de *Tratamiento* aparecen las intervenciones y la medición.

Para Izquierdo Alonso & Moreno Fernández (2009) la estructura que estamos comentando de estos resúmenes variará según el género, el tipo textual y el dominio temático del documento representado, pudiendo representarse tipográficamente en un solo párrafo, *resúmenes estructurados unipárrafo*, o diferenciarse en distintos párrafos, *resúmenes estructurados multipárrafo*.

En 1987 el Ad Hoc Working Group on Critical Appraisal of the Medical Literature proponía la introducción de los resúmenes estructurados para hacer frente a los cambios que se habían producido en la literatura médica. Para reflejar los aspectos

claves de la investigación, este grupo proponía un resumen compuesto de ocho secciones, cada una con un encabezamiento significativo: objetivo, diseño, emplazamiento, pacientes u otros participantes, intervenciones, métodos y resultados principales, y conclusiones¹⁸. Estos resúmenes estructurados fueron desarrollados primeramente para asistir a los profesional de la salud en la selección de artículos de revista válidos desde el punto de vista clínico y metodológico (Harbourt, Knecht & Humphreys 1995). Montesi (2006) menciona que con estos resúmenes este grupo pretendía: permitir a los lectores hacerse una idea de la validez y aplicabilidad de la investigación propuesta; guiar a los autores en el proceso de redacción de resúmenes; simplificar el proceso de revisión por parte de expertos y editores; y facilitar el proceso de búsqueda en bases de datos bibliográficas.

En el campo médico este resumen estructurado es el más utilizado, siendo mucho más demandado para estudios de investigación experimentales (Hahs-Vaughn & Onwuegbuzie 2010), no debiendo sobrepasar nunca las 400 palabras (O'Connor 1996); por eso es útil y necesario enseñar a los estudiantes a escribir este tipo de resúmenes para sus investigaciones, aún más cuando se están llevando cambios novedosos relacionados con su presentación: inclusión en él tablas de texto el desarrollo de resúmenes gráficos en las revistas de Elsevier, entre otros (Hartley 2014).

II.3.2.2. Estudios sobre la superestructura de los resúmenes en biomedicina

Esta serie de requisitos son el punto de partida para llevar a cabo investigaciones basadas en un análisis lingüístico y discursivo de los resúmenes que sirvan de ayuda a los científicos, en primer lugar, para conocer las reglas de dicho género y ser capaces de reconocerlas satisfactoriamente, y, en segundo lugar, para prepararles en su participación en comunidades internacionales de investigación (Salager-Meyer 1990b).

Es por ello que muchos de los estudios desarrollados sobre los mismos tratan de delimitar la macro-organización de estos géneros en relación a sus *moves* y de describir los rasgos léxico-gramaticales que caracterizan dichas *moves* (Samraj 2005), como más tarde veremos cuando analicemos diferentes estudios llevados a cabo sobre la estructura organizativa de resúmenes de distintas disciplinas y campos de actuación, para ver cómo un género particular varía según la disciplina en la que esté inmerso dicho

¹⁸ Este aspecto será desarrollado más tarde cuando hablemos de la calidad del resumen en los artículos clínicos.

resumen, ya que “*los resúmenes de artículos de investigación hacen uso de construcciones modales de varios tipo*” (Stotesbury 2003, p. 339). Los resúmenes exigen, por tanto, de los lectores un conocimiento previo conceptual sobre sus competencias lingüísticas y sus estructuras retóricas como género específico que es (Salager-Meyer 1990a), porque escribir un resumen no es una actividad ni simple ni trivial (Salager-Meyer 1990b). Por todo esto, los autores se han centrado en analizar si dicha estructura responde en parte al formato IMRAD, de todo trabajo científico, en relación con los ocho encabezamientos propuestos por el Grupo Ad Hoc –y que anteriormente hemos comentado. Entre ellos se puede establecer la siguiente relación, que marca, como hemos mencionado, la estructura de los resúmenes estructurados (Nakayama 2005):

- La *introducción* en el formato IMRAD se correspondería en el formato del Ad Hoc Group con el *objetivo*.
- Por su parte, los *métodos* de IMRAD se corresponderían con el *diseño, contexto, pacientes o participantes, intervenciones y principales medidas*.
- Los *resultados* de IMRAD tienen su correlación con los *resultados* del formato Ad Hoc Group.
- Por último, la *discusión* en IMRAD tendría su reflejo en el encabezamiento *conclusiones* del formato Ad Hoc Group.

Weissberg (1990), a raíz del trabajo de dicho grupo, en su obra *Writing up research* establece que el resumen es una de las partes importantes de una investigación experimental, concretamente la primera, situada entre el título y la introducción, que contiene unos elementos típicos que deben ser incluidos en un orden determinado: alguna *información básica*; la *principal actividad u objetivo* del estudio y su *cobertura y alcance*; información sobre la *metodología* usada en el estudio; los *resultados* más importantes del estudio; y mención de *conclusión o recomendación*. Sin embargo, factores como la audiencia a la que se dirige o la función que tenga el resumen pueden ser decisivos a la hora de determinar la estructura del resumen (Cross & Oppenheim 2006).

Este esquema o modelo propuesto por Weissberg es el que seguirá Anderson y Maclean (1997) para su estudio en 80 resúmenes médicos, concretamente de cuatro campos de la medicina: medicina clínica, urgencias, epidemiología y ciencias básicas, localizados tanto en revistas británicas como norteamericanas. Tras el análisis de estos

resúmenes, ambos autores llegaron a la conclusión de que la mayoría de los resúmenes de la muestra estaban de acuerdo con el modelo de Weissburg, pero con algunas diferencias: la ausencia de uno o más de uno de dichos elementos; y la tendencia de los resúmenes de bioquímica a presentar una estructura diferente de *Metodología* y *Resultados*. Estos resultados nos llevan a sugerir nuevas investigaciones sobre resúmenes médicos en cada una de sus disciplinas, como por ejemplo la biomedicina, que es la que nos ocupa, para constatar que aunque sigue aún vigente el modelo de Weissberg (1990), no es apropiado para todos los campos.

Cuando hablamos de la estructura de un resumen científico o biomédico, por extensión del aspecto científico del mismo, no podemos perder de vista que lo hacemos desde la perspectiva de las teorías y técnicas desarrolladas por la lingüística del discurso –al igual que la estructura general de los artículos científicos– puesto que ella está relacionada con unidades más largas que una simple sentencia e implica tanto a los aspectos estructurales como de contenido del texto, puesto que la estructura de un resumen empírico está formada por un grupo de componentes de los cuales está formado junto con las conexiones entre esos elementos, entendiendo dichos componentes como aquellas categorías necesarias del contenido que definen el tipo de texto y dichas conexiones o relaciones como los roles semánticos de esos datos presentados en los componentes (Liddy 1991).

Salager-Meyer (1990b) analiza los movimientos discursivos en los resúmenes médicos en cuatro áreas de investigación médica: clínica, básica, epidemiológica y operativa. En dicho estudio establece que para ser un buen resumen estructurado, las cuatro *moves* o bloques de ideas que son obligatorios y fundamentales en el proceso de una indagación científica deben aparecer en su correspondiente orden cronológico y lógico; esas cuatro patrones de pensamiento son: *objetivo*, *métodos*, *resultados* y *conclusiones*; además menciona, que junto con estas *moves* básicas podrían aparecer otras opcionales, como por ejemplo una inicial *mención del problema* y una *recomendación* al final (Salager-Meyer 1990b). En este estudio también se fija en la presencia de unas *moves* más específicas en los resúmenes según el tipo de documento médico de que se trate, como veremos más tarde cuando hablemos de los casos clínicos.

A raíz de esta visión de la estructura de un resumen empírico y en base al trabajo encomendado a 12 expertos resumidores, Liddy (1991) diseña un modelo lingüístico, tras el análisis de 276 resúmenes empíricos, basado en la representación, por una parte, de una serie de componentes o niveles y, por otra, de las relaciones que confirman la

tarea y el fin de dichos elementos. El resultado de dicho análisis fue la presencia de una perceptible estructura en el tipo texto de resúmenes empíricos; dicha estructura prototípica¹⁹ sería la siguiente:

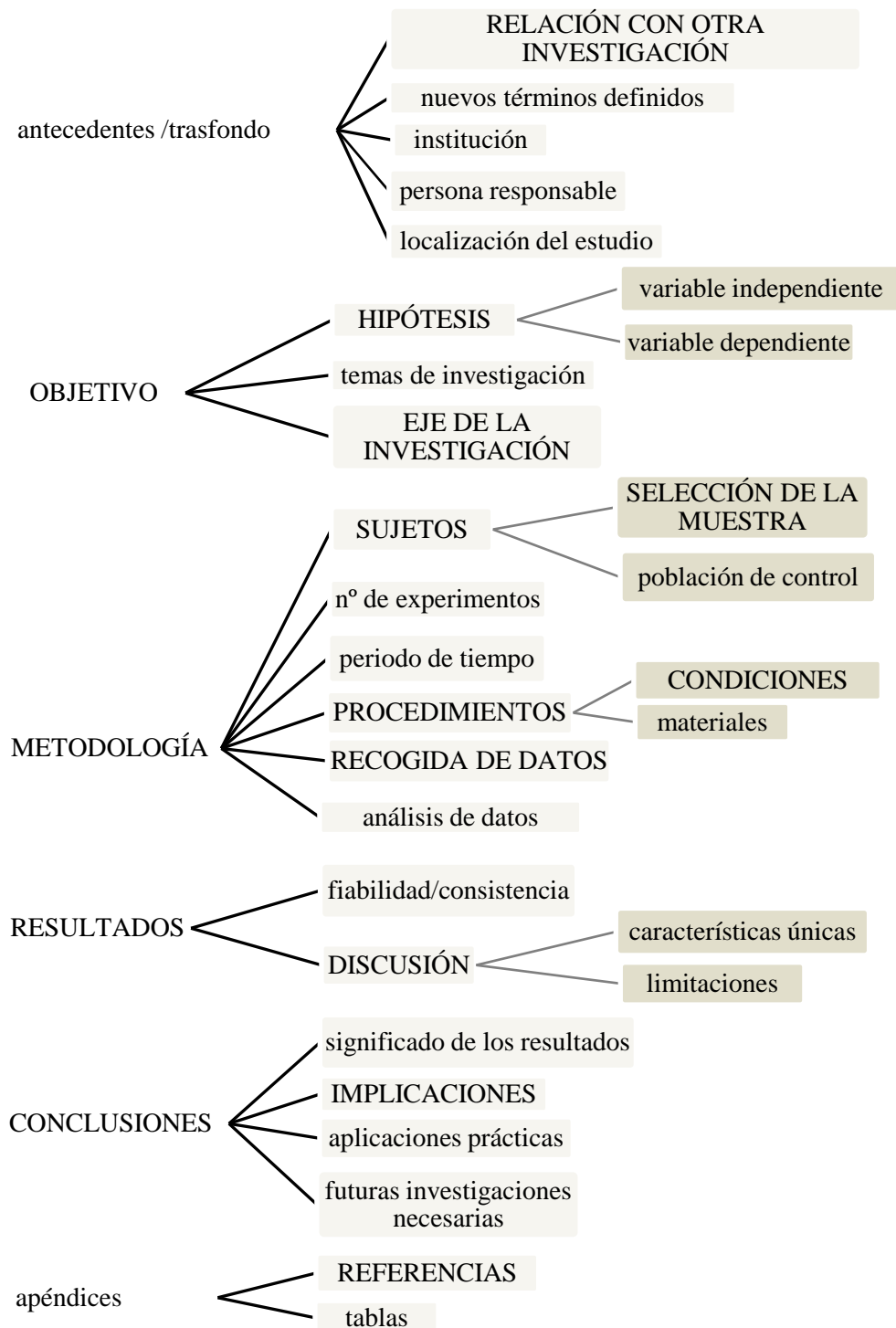


Figura 1. Modelo lingüístico y estructura prototípica de los resúmenes empíricos. Fuente: Liddy (1991).

¹⁹ Hemos de mencionar que los componentes principales típicos de dicha estructura aparecen en mayúscula.

Esta estructura prototípica del resumen empírico puede tener una serie de aplicaciones muy interesantes en cinco campos distintos: en el reconocimiento automático de la estructura; en la recuperación de información, para lograr mayor precisión a la misma, por medio de la especificación por parte del usuario del rol particular que cada concepto quiere que tenga; en la extracción automática de frases de un texto completo para su posterior situación en una plantilla de un resumen basada en esta estructura; en la investigación sobre la estructura de otros tipos de resúmenes, es decir, resúmenes no empíricos; y, por último, en la representación estructurada y configurada de resúmenes empíricos (Liddy 1991).

Maher (1992) cuando habla de la anatomía de un artículo médico, menciona que una de sus partes, concretamente la que le sigue al título, es el resumen; un resumen que debería exponer la *función* o los *objetivos específicos* del estudio o la investigación; debería indicar la *metodología* básica usada, por ejemplo número y tipo de pacientes involucrados o métodos analíticos de observación, entre otros; los *principales resultados*, por medio de un pequeño resumen del significado de los datos; y, de manera clara y breve, las *conclusiones principales*, en las que un autor, sin ningún tipo de ambigüedad, da su punto de vista o se posiciona sobre lo obtenido.

Aunque hasta ahora hemos estado hablando de resúmenes científicos, hemos de mencionar el estudio llevado a cabo por Santos (1996) sobre la organización textual de los resúmenes presentados en lingüística aplicada. Es interesante analizar este trabajo porque la estructura que propone este autor para dichos resúmenes, compuesta de cinco *moves*, no todas ellas obligatorias, tiene una gran concordia y paralelismo con los científicos; dicho modelo propuesto sería el siguiente:

<i>Moves</i>	<i>Submoves</i>
<i>Move 1: Situando la investigación</i>	<i>Submove 1A: Hacer constar el conocimiento actual y/o</i>
	<i>Submove 1B: Citar una investigación actual y/o</i>
	<i>Submove 1C: Ampliar una investigación anterior y/o</i>
	<i>Submove 2: hacer constar un problema</i>
<i>Move 2: Presentando la investigación</i>	<i>Submove 1A: Indicar los principales acontecimientos y/o</i>
	<i>Submove 1B: Indicar el objetivo principal y/o</i>
	<i>Submove 2: Plantear una hipótesis</i>
<i>Move 3: Describiendo la metodología</i>	

Move 4: Resumiendo los resultados	
Move 5: Discutiendo la investigación	Submove 1: Presentar conclusiones y/o
	Submove 2: Dar recomendaciones

Tabla 17. Organización textual de los resúmenes presentados en lingüística aplicada. Fuente: Santos (1996).

En esta estructura, y en propias palabras del autor, la *move 1: situando la investigación* trataría de atraer la atención del lector para “vender” la investigación que se está ofreciendo, de ahí que enmarque la investigación que se está llevando a cabo dentro del campo, haya referencia a anteriores investigaciones relacionadas con el tema –dando, por tanto, más credibilidad al estudio- y mencione el problema que anteriores investigaciones no han podido solucionar o completar con éxito. En la *move 2: presentando la investigación*, Santos (1996) delimita el rol de la misma diciendo que se trata de la justificación misma del artículo, es decir, la que describe las características fundamentales y principales de la investigación, sus objetivos, y la hipótesis planteada. Una vez que el escritor del resumen ha completado la introducción para su estudio, es necesario que ofrezca una descripción de cómo llevará a cabo la investigación; es por ello que introducirá su diseño en la *move 3: describiendo la metodología*, en la que indicará los sujetos, los procedimientos, materiales, instrumentos y variables. La *move 4: resumiendo los resultados*, será la que en el resumen responda a la pregunta “¿qué se ha encontrado?”, de ahí que resuma brevemente los principales hallazgos de la investigación y cómo han sido manipulados los datos. Por último, en la estructura que propone Santos (1996) la *move 5: discutiendo la investigación* tiene el rol de avanzar el significado del trabajo en relación al campo más general en el que se enmarca y lo hace a través de sus dos *submoves*: una primera que dibuja las conclusiones respondiendo a la pregunta “¿qué significa lo encontrado?”, y la segunda que se encarga de responder a la pregunta “¿y ahora qué?”, sugiriendo de esta manera futuras prácticas o investigaciones.

Como podemos comprobar este esquema podría ser utilizado en los resúmenes de carácter científico y experimental puesto que recoge la información que debería aparecer en ellos para atraer al lector hacia ese estudio o para presentar de forma somera pero pertinente la investigación llevada a cabo y las conclusiones a las que se ha llegado.

Por su parte, Kaplan [*et al.*] (1994) realizaron, en base a una muestra de 294 resúmenes, un estudio de cinco características básicas presentes en los resúmenes: estructura temática, estructura de la oración, *moves* pragmáticas, organización de las proposiciones y cohesión léxica. Las conclusiones a las que llega el estudio, y que para nuestro estudio nos interesan, son varias. Relacionadas con las *moves* -y tomando como base para su análisis las que Swales (1990) enumeró en su estudio relacionadas con la introducción, y que ya hemos comentado anteriormente- en los resúmenes analizados la presencia de las mismas se materializó en que en un 70% aparecía el establecimiento del campo de la investigación (*move* 1); sólo el 29% resumía la literatura anterior (*move* 2); el 20% mostraba una laguna en la investigación (*move* 3); y el 97% introducían la investigación actual (*move* 4). Otra conclusión interesante para nosotros a la que llegó el estudio de Kaplan [*et al.*] (1994) es que los resúmenes seguían la estructura “Introducción-Métodos-Resultados—Conclusión” que antes hemos descrito para la elaboración de artículos científicos, pero presentada en una forma compacta. Junto con estas dos, este estudio refleja que: los resúmenes contienen estructuras sintácticas elaboradas; son extremadamente densos en proposiciones; o emplean un alto grado de redundancia tanto sintáctica como léxicamente, entre otras.

Semejante a este estudio que acabamos de comentar es la investigación llevada a cabo por Samraj (2005) que analiza la estructura de los resúmenes en dos disciplinas distintas, Biología de la Conservación y Comportamiento de la Fauna, centrándose concretamente en la parte de la *introducción* de dichos resúmenes, sirviendo de base para el mismo los trabajos de Salager-Meyer (1990a, 1992), Santos (1996) y Swales (1990). Sus resultados muestran que los resúmenes de ambas disciplinas, junto con la parte de la *introducción* en los mismos, dejan ver una influencia tanto de la disciplina como del género en la estructura del texto.

Al igual que Kaplan [*et al.*] (1994) y Santos (1996), Martín Martín (2003) analizará unos 160 resúmenes, tanto en español como en inglés, pertenecientes a las ciencias sociales experimentales. Como en otros estudios encuentra que la estructura de un artículo de investigación (I-M-R-C) está muy presente en los resúmenes vaciados, aunque no siempre siguen ese orden estructural. Este autor es más preciso en su estudio y, tomando como base los estudios de Swales (1990), analiza las *moves* presentes en la sección *introducción*, para analizar dicha sección en los resúmenes escogidos. Los resultados reflejan una presencia de las 3 *moves* que establece Swales (1990), lo que hace de estos resúmenes un reflejo más o menos fiel del texto del que dependen. Por su

parte, para el estudio de las siguientes secciones del resumen toma como punto de partida los estudios de Santos (1996) y Anderson & Maclean (1997) para la unidad de *métodos*, el de Brett (1994) para la de *resultados*, y el de Hopkins & Dudley-Evans (1988) para la unidad de *conclusiones*, estos cuatro estudios analizados anteriormente.

Para Miech, Nave & Mosteller (2005), el resumen estructurado formado por nueve elementos caracterizados en dos grupos diferentes: el primero de ellos formado por cuatro elementos básicos que se aplican a todo tipo de artículos: antecedentes, objetivo, diseño de la investigación y conclusiones; y un segundo grupo formado por cinco elementos adicionales que se aplican a determinados artículos en función de su naturaleza: contexto, población, intervención, recogida y análisis de datos y hallazgos.

Siguiendo la estela de muchos autores, Cross y Oppenheim (2006) también decidieron estudiar la estructura, basada en *moves*, de 12 resúmenes relacionados con la protozoología extraídos de la base de datos CABI. El análisis de esos resúmenes reveló que la estructura de los mismos, la cual obedece a un argumento formado por *objetivo*, *metodología*, *resultados* y *conclusiones* – como refleja la estructura de cualquier trabajo científico, podía resumirse en cinco *moves*, que también pueden relacionarse a otras áreas de investigación:

- ✓ *Move 1 – Relación con otra investigación.* En ella se incluiría un claro enunciado del conocimiento sobre el área amplia de investigación y sobre anteriores investigaciones que actúan de punto de partida de la actual investigación, dotándola así de credibilidad.
- ✓ *Move 2 – Objetivo.* En esta *move* se describiría el contenido del artículo a través del desarrollo de los rasgos principales de la investigación o de la presentación del objetivo fundamental.
- ✓ *Move 3 – Metodología.* Es un elemento imprescindible, y considerado como obligatorio en el discurso de una investigación científica y por ende en el resumen, que indica los sujetos, aparatos, procedimientos y variables de la investigación.
- ✓ *Move 4- Resumiendo los resultados.* Esta *move* da cuenta de los hallazgos más importantes de la investigación, y se distingue porque en ella se suelen utilizar elementos léxicos característicos, como “resultados” o “hallazgos”, y términos evaluativos como “rol importante”, “considerable” o “significativo”, entre otros.
- ✓ *Move 5 - Discutiendo la investigación.* En ella se incluyen tanto las conclusiones como las recomendaciones a las que se ha llegado en la

investigación. Esta *move*, por tanto, tiene dos *submoves*: *submove 1- Conclusiones* y *submove 2- Recomendaciones*, ésta última sugiriendo implicaciones prácticas para la investigación.

Estos autores comentan al final de su estudio que la aparición de estas cinco *moves*, y en ese orden determinado, dependerá, por un lado, del tipo de resumen involucrado y, en segundo lugar, de la función comunicativa a la que atiende.

Pho (2008) tomando como punto de partida los estudios ya analizados de Swales (1990), también, y Santos (1996) lleva a cabo el análisis de 30 resúmenes, extraídos de tres revistas en el campo de la lingüística aplicada y la tecnología de la educación, en relación no sólo con las *moves* retóricas de dichos resúmenes, sino también con las realizaciones lingüísticas de dichas *moves* y al punto de vista del autor. Conjugando los estudios anteriores elabora un esquema que será útil para el análisis de resúmenes, tanto del campo que analiza como de otros campos y disciplinas:

Moves	Función/descripción	Pregunta respondida
<i>Move 1</i> : situando la investigación	Contextualiza la situación para la investigación en curso (generalización del tema)	¿Qué se conoce sobre el campo/tema de investigación?
<i>Move 2</i> : presentando la investigación	Enuncia el objetivo del estudio, los temas de investigación y/o hipótesis	¿Sobre qué es el estudio?
<i>Move 3</i> : describiendo la metodología	Describe los materiales, sujetos, variables, procedimientos...	¿Cómo se ha hecho la investigación?
<i>Move 4</i> : resumiendo los hallazgos	Informa de los principales hallazgos del estudio	¿Qué ha encontrado el investigador?
<i>Move 5</i> : discutiendo la investigación	Interpreta los resultados/hallazgos y/o da recomendaciones, implicaciones/aplicaciones del estudio	¿Qué significan los resultados? ¿Y ahora qué?

Tabla 18. *Moves* presentes en resúmenes en el campo de la lingüística aplicada y la tecnología de la educación. Fuente: Pho (2008).

Las implicaciones pedagógicas de este estudio de Pho (2008) son importantes, ya que propone la inclusión de estas características retóricas de los resúmenes de artículos de investigación en los estudios de postgrado, para que los estudiantes que se van a dedicar a la comunicación de sus investigaciones por medio de la publicación de las mismas tengan clara no sólo la organización genérica o estructura retórica de este

tipo de género, sino también el lenguaje que necesitan para poder expresar dichas *moves* retóricas.

Como hemos visto a lo largo de la presente exposición, todos los autores coinciden en que el resumen, independientemente de la disciplina o el campo temático en el que esté inmerso, debe poseer una serie de *moves* retóricas que guíen su estructura y lo hagan más preciso, eficaz, consistente y coherente desde el punto de vista organizativo y, por ende, lingüístico.

Estos estudios nos pueden ayudar en gran medida, como han hecho en ocasiones anteriores, en el desarrollo de nuestra investigación sobre las pautas que podemos seguir en el estudio de los resúmenes biomédicos, y concretamente de los aparecidos en los casos clínicos, puesto que ofrecen la base en la que fijarnos para poder trabajar de manera eficaz y precisa, puesto que este género del resumen “*es un género que cumple un importante objetivo en el mundo de la escritura científica*” (Kaplan [et al.] 1994, p. 423).

El cambio en el estilo de los resúmenes usados en las revistas médicas sigue una tendencia desarrollada en los resúmenes de las revistas científicas (Hartley 1997).

Pero si queremos ver las características de los resúmenes estructurados propios de la biomedicina, hemos de tener en cuenta los estudios de Hartley. Este autor considera que este tipo de resúmenes son los idóneos para asegurarnos que ninguna información esencial es omitida (Hartley 2011).

Entre las características de los resúmenes estructurados podemos encontrar las siguientes (Hartley 2002):

- El texto es dividido en las partes de las que se compone. Esto se hace por medio de unos “subencabezamientos”.
- Se secuencia la información de un modo consistente.
- No se omite nada esencial.

Son muchos los beneficios y mejoras a la hora de redactar, utilizar y recuperar estos resúmenes estructurados, frente a los tradicionales, algunos de ellos sirviendo como elementos de calidad de los mismos (Hartley 1999, 2004; Hartley & Betts, 2007):

- Los resúmenes estructurados contienen más información que los tradicionales siendo los primeros más informativos que los últimos mencionados.
- Son de mayor calidad.
- Son más fáciles de leer y buscar que los tradicionales.

- Son más fáciles de recordar que los tradicionales.
- Es normalmente más largo que el tradicional, al presentar mayor información que aquellos.
- Los resúmenes estructurados normalmente deberían tener menos errores que los tradicionales.
- Son más fáciles de evaluar por los colegas.
- Son generalmente bienvenidos por lectores y autores.

II.3.3. Los resúmenes en los casos clínicos

En el discurso biomédico, los casos clínicos forman un género destacado en la comunicación de avances médicos y la enseñanza de la profesión. Sin embargo hay estudios generales descriptivo-normativos desde el área de la *escritura científica biomédica* (Huth 1982; Riesenberg 1986; Drotar [et. al] 1995; Khan & Thompson 2002; Anwar R. 2004; Ramulu [et. al] 2005; Bart & Johnson 2006; McCarthy & Reillyke 2008; Teng, CL. 2010; Târcoveanu, Roca & Mihăescu 2011; etc.) y trabajos orientados hacia el análisis de género para discursos biomédicos que analizan el *caso clínico* con identificación moves y cubren otros aspectos como la atenuación retórica (Oliver del Olmo, 2004; Morales 2008; Muñoz Torres 2011,etc). Destacan las investigaciones sobre atenuación y crítica retórica de Salager-Meyer que hemos mencionado con anterioridad en este epígrafe dos. Por otra parte, carecemos de estudios desde la perspectiva documental, es decir, desde el punto de vista del ADC y la RI, justificando así nuestra investigación desde las bases de la Documentación

Por lo general, el resumen del caso clínico en el campo biomédico se presenta como una breve descripción de la situación clínica, señalando por qué el caso es notable y digno de mención, especificando sus aspectos sobresalientes y su mensaje educativo. Sería descriptivo, concreto y fácil de leer. Green & Johnson (2006) abogan por un resumen estructurado. Si este resumen es adecuado podría ser el sustituto de la introducción, eliminándose la misma de la estructura del caso. De manera usual este resumen es un resumen estructurado y suele cubrir todos y cada uno de los componentes posteriores del manuscrito y, a su vez, el problema clínico o aspecto de la asistencia que forma el tema central del manuscrito (Aitken & Marshall 2007).

Salager-Meyer (1990a) llevó a cabo un estudio de resúmenes en el ámbito médico, ámbito que nos compete, y más concretamente en cuatro disciplinas dentro de

ese campo: medicina clínica, medicina básica, medicina epidemiológica y medicina operativa; y dentro de ellas en tres tipos de textos utilizados en medicina: los artículos de investigación, los casos clínicos –en el que está centrada nuestra tesis doctoral- y las reseñas. Este autor, a grandes rasgos, llega a la conclusión que existe una serie de diferencias en la estructura discursiva del texto, debido principalmente al tipo de texto, que hace que falte una *move* principal, que dos o más *moves* necesarias falten, que se aprecie un orden ilógico en la presentación, y un solapamiento en la estructura paragrafática; identificando, además, fallos discursivos en los resúmenes.

Son varias las *moves* básicas que Salager-Meyer (1999b) encuentra en los resúmenes de los *case reports*: *presentación del caso*, *hallazgos* y *comentario*. Estas tres *moves* tienen una marcada función comunicativa, esto es, todas ellas sirven para presentar los síntomas o signos del caso que está siendo descrito. Dicha función comunicativa se observa en dos rasgos lingüísticos que aparecen en la presentación del caso: en primer lugar, los síntomas y los signos del paciente aparecen expresados con verbos en tiempo pasado y, por otra parte, el informe está, de manera explícita, expresado en verbos en presente, ayudando así a los científicos “*a producir un discurso coherente y claro, que les ayudará a conseguir su objetivo comunicativo*” (p. 120). Junto a estas tres *moves* Salager-Meyer (1990a) sigue mencionando que hay veces en la que en los resúmenes de los casos clínicos aparece una cuarta que se corresponde o con la *mención del problema* o con una *sugerencia*. Esto demuestra que los resúmenes de “*los casos clínicos presentan unas macroestructuras claramente diferenciadas (introducción, caso clínico y discusión/comentario), aunque su formato no ha sido especificado tan claramente como ha sido en los trabajos de investigación*” (Salager-Meyer 1990a, p. 377).

Green & Johnson (2000) hablan del resumen de los casos clínicos como una breve representación del contenido del documento. La información del resumen y del título es introducida en bases de datos y sistemas de indización, y así son esenciales para las búsquedas dirigidas de literatura que apoyará dicho caso. Estos resúmenes, siguen mencionando, requieren que sean estructurados para así asegurar que se aporta al lector toda la información necesaria. Antiguamente, los resúmenes narrativos que se ofrecían normalmente en las revistas, algunas veces, no informaban adecuadamente de los elementos necesarios del estudio. Las secciones del resumen del caso clínico, para Green & Johnson (2000), deberían ser las siguientes:

- *Objetivo*; donde se expondrá claramente el objetivo y el propósito del trabajo.

- *Características clínicas.* Se presentan las partes más importantes de la presentación del caso, focalizando en aspectos importantes de la condición del paciente y las medidas tomadas para perseguir el progreso del paciente en dicho caso.
- *Intervención y resultados.* Se trataría de una descripción breve de los métodos usados en el cuidado del paciente y/o evaluación del estado del paciente. Se debe aportar un breve resumen de los resultados del cuidado, incluyendo cambios en las medidas obtenidas anteriormente.
- *Conclusión.* Es un resumen de lo que el caso contribuye a la literatura. No hay que resumir las secciones anteriores del resumen, pero en cambio sí exponer la conclusión global, tesis, recomendaciones, enfoques, etc... aprendidos del estudio.
- *Palabras claves.* Son tomadas de la base de datos del Index Medicus, las cuales son llamadas encabezamientos médicos (MeSH). Hay que listar las palabras adicionales que podrían ser únicas al caso o a la profesión.

McCarthy & Reilly (2000) mencionan que, junto con el título, los resúmenes de los casos clínicos son una parte importante de los registros bibliográficos electrónicos contenidos en bases de datos –MEDLINE es un ejemplo de ello- puesto que permiten a los lectores apreciar de un solo vistazo el contenido del caso y determinar la relevancia y pertinencia del mismo. Este resumen debería estar compuesto del problema clínico, un análisis de la recesión bibliográfica y una breve exposición de porqué el caso es inusual y digno de atención.

Cohen (2006) menciona el resumen del caso clínico como una de las secciones importantes que deberían formar la estructura de los casos clínicos. Esta sección rondaría de las 100 a las 250 palabras, incluyendo en ese número de palabras las distintas partes o secciones que deben aparecer en todo caso clínico, pero eso sí, de manera sucinta: introducción y objetivo, caso clínico, discusión y conclusión, dependiendo su formato y su estilo de la revista donde vaya a ser publicado. A través de este resumen, continúa diciendo este autor, se debería permitir la fácil recuperación en bases de datos, ayudando a los investigadores a discernir los niveles de interés en el caso clínico.

Basándose en su estudio anterior llevado a cabo en el año 2000, Green & Johnson siguen profundizando en cada una de las secciones que deberían componer un

caso clínico; de todas ellas nos fijaremos, por la temática de nuestra tesis doctoral, en una de ellas: el resumen. Green & Johnson (2006) establecen una serie de subsecciones que deberían contener los resúmenes estructurados de los casos clínicos; ellos mencionan cinco:

- *Introducción*, donde se exprese claramente el objetivo y el propósito del trabajo.
- *Caso clínico/Métodos*, en la que se debería: presentar las partes más destacadas del caso, centrarse en los aspectos primarios de la condición del paciente y las principales medidas usadas para seguir la pista del progreso del paciente, y describir brevemente los métodos usados para el cuidado del paciente y/o evaluar su estado.
- *Resultados*, donde se resumirían brevemente los resultados de la asistencia, incluyendo los cambios acontecidos en las medidas anteriores.
- *Discusión*: resumen de la contribución del trabajo a la literatura y definición de la conclusión general aprendida del estudio
- *Palabras claves*, todas ellas fundamentadas en los encabezamientos médicos (MeSH) que aparecen en la base de datos *Index Medicus*; además deberían aparecer una lista de palabras adicionales que pueden ser únicas para el caso o para la profesión.

El resumen para Carleton & Webb (2012) debería estar entre las 150 y 200 palabras y en él se tendría que dejar claro el caso y su relevancia clínica, estableciendo el sujeto y el valor educativo del mismo como forma de introducir a la audiencia en el tema central del mismo. En esta sección del caso clínico se debería evitar el uso de jergas médicas y abreviaturas, salvo que se explique su significado posteriormente en el texto central; esto haría que el trabajo fuera conciso y accesible al lector tanto de la comunidad médica internacional como los que están fuera de la profesión médica.

Jupal, Thaledi & Thawani (2013) consideran al resumen del caso clínico como una parte del mismo con una extensión de entre 100 y 150 palabras, en formato no-estructurado y que entre sus finalidades se encontrarían la de servir de ayuda en las búsquedas de dicho caso en bases de datos y la de ayudar a los lectores a descubrir el nivel de interés de dicho caso para sus propósitos. Entre la información que debería contener este resumen estaría la edad y el sexo del paciente, la información clínica pertinente, el diagnóstico fundamental, el seguimiento y los mensajes para el lector.

Esta información que aparece en el resumen debería servir para intentar decidir si seguir leyendo el caso clínico completo o no (Jamjoom, Nikkar-Estahami & Fitzgerald 2009).

II.3.4. La calidad de los resúmenes biomédicos

La calidad es algo tan importante que ha llegado a tocar todos los aspectos de nuestra vida. Son muchos los estándares y normas, tanto nacionales como internacionales, que se ocupan de desarrollar este tema. El aspecto de calidad también ha llegado al mundo documental y al aspecto de los resúmenes biomédicos en particular. Organismos internacionales, comités editoriales, gestores de bases de datos y repositorio y diversos autores, entre otros, han desarrollado normas, directrices y modelos que han enfocado la calidad desde diversos puntos de vista: por un lado, la calidad formal y, por otro, la calidad de contenido. Nosotros, en este trabajo, nos vamos a centrar en la calidad formal, y más concretamente en la relacionada con la estructura del resumen biomédico.

Puesto que el volumen de literatura biomédica ha crecido de manera ingente en los últimos tiempos, los lectores, por una parte, y los profesionales de la medicina, por otro, necesitan ser más selectivos en la elección del material para poder mantenerse al día. Para ello leerán con atención el resumen, para determinar si leer o no el artículo completo (Pitkin 1987), puesto que la mayoría de los estudios científicos biomédicos comienzan con un resumen o un sumario (Narine [et al.] 1991): *“el resumen es con diferencia la parte de un artículo de investigación más ampliamente leída. La mayoría de las veces será la única parte que sea leída”*, siendo este resumen más leído que otras secciones del trabajo (Pitkin 1987; Pitkin & Branagan 1998, p. 267); esto nos hace ver que es necesario ser conscientes de que se le debería prestar una mayor atención a los resúmenes puesto que a muchos estudiantes o profesionales les ayudarán a identificar de manera más rápida los artículos que tienen un valor importante para sus necesidades y los hallazgos de una investigación particular, los cuales se encuentran en la sección de conclusiones del resumen (Frahm 1986). Esto pone de relieve dos de sus rasgos peculiares: que un resumen de revista es difícil de escribir, puesto que hay que condensar en pocas líneas lo esencial de su investigación o trabajo, y, en segundo lugar, que son, a su vez, difíciles de leer, puesto que la mayoría de las veces están escritos en una letra de menor tamaño en relación con el trabajo principal (Hartley 1994).

Son muchos los artículos o libros que se han escrito referidos al tema de los resúmenes para enseñar cómo construirlos para ser unos resúmenes de calidad; pese a ello, sigue siendo la parte más difícil de escribir de cualquier artículo a preparar (Rennie & Glass 1991).

Los resúmenes constituyen “*un enlace intermedio entre los documentos y los usuarios en el proceso de comunicación de información científica por medio de documentos*” (Trawinski 1989, p. 694), por lo que muchas veces al leer el resumen el científico se da cuenta de si el documento es útil para él, si debería leer el documento completo o si la información contenida en el resumen es suficiente (Trawinski 1989).

Los lectores de un resumen quieren conocer alguna indicación del propósito del trabajo que tienen entre manos -¿por qué se ha hecho eso?-, la metodología -¿qué se ha hecho?-, los resultados -¿qué se ha encontrado?-, y las implicaciones -¿qué podría significar? (Pitkin 1987); satisfacer las necesidades informativas de un científico dependerá, por tanto, de dos aspectos: el contenido del documento y, por otro lado, la forma en la que ese contenido se presenta (Trawinski 1989).

El uso de los resúmenes biomédicos se remonta al comienzo de los años 60 del siglo anterior cuando los redactores de revistas científicas comenzaron a añadir resúmenes a sus artículos (Bordage & Querin 2001), apareciendo por primera vez en la revista *Canadian Medical Association Journal*, y respondiendo a la presunción de los editores que pensaban que los lectores no tenían tiempo o interés en leer cada artículo, permitiendo un resumen examinar y evaluar la investigación sin tener que leer el artículo entero (Squires 1990a). Al principio tendían a ser cortos, lo cual está muy bien pero, a la vez, eran igual de cortos en información, lo cual llega a ser malo; es por ello que para asegurar que toda la información necesaria aparezca en los mismos se incorporaron los resúmenes al *Ad Hoc Working Group for Critical Appraisal of the Medical Literature*, los cuales en 1987 propusieron un tipo de resumen estructurado para pruebas clínicas con unos determinados encabezamientos (Squires 1990a). Esta forma estructurada, que describe un estudio usando encabezamientos de contenido en vez de usar un formato de párrafo (Scherer & Crawley 1998), hace que los resúmenes sean más informativos si los autores son suficientemente rigurosos en su confección (Squires 1990b).

Los resúmenes estructurados han desplazado a los resúmenes tradicionales en la mayoría de las revistas médicas (Hartley 1998; Hartley & Sydes, 1997). Estos resúmenes estructurados entre los profesionales de la medicina aseguran la consistencia,

la fiabilidad y el contenido de un informe clínico y su mejor lectura y comprensión, facilitan la evaluación y los juicios críticos por parte de otros colegas, y ayudarán en una indización y una búsqueda bibliográfica electrónica exacta de trabajos en bases de datos como MEDLINE y EMBASE (Froom & Froom 1993; Hartley 1998; Haynes 1993; Haynes *[et al.]* 1990; Miech, Nave & Mosteller 2005; Rennie & Glass 1991; Scherer & Crawley 1998), esto último importante puesto que muchas bases de datos no ofrecen el texto completo del trabajo original, sino solamente el título, el autor, detalles bibliográficos y el resumen (Lock 1988), estando ellos ampliamente disponibles a través de estas bases de datos biomédicas (Sibers 2001).

Este resumen estructurado representa una innovación en el formato de los resúmenes y ayuda a superar la existencia de obstáculos para la difusión de los hallazgos de una investigación, por eso debe ser editada con la misma atención y rigor que el resto de partes del artículo (Miech, Nave & Mosteller 2005), aunque el uso del mismo sea más apropiado para unos estilos más que para otros (Hartley 1998).

Narine *[et al.]* (1991) y Squires (1990a) mencionan que la respuesta de los lectores al uso de los resúmenes estructurados ha sido favorable –quizá venga de ellos la evidencia real de su utilidad- y que los editores no han expresado ninguna queja sobre los mismos, pero tampoco a favor de los mismos. El descriptor “resumen estructurado” se ha incorporado para guiar a los autores en la preparación de sus resúmenes y a los lectores en el uso de dichos resúmenes (Haynes 1993). Es por esto que los resúmenes estructurados han sido aceptados tanto en los encuentros científicos, como por ejemplo los celebrados por la American Federation of Clinical Research y la Canadian Society for Clinical Investigation (Haynes *[et al.]* 1990), así como en los trabajos incluidos en MEDLINE (Narine *[et al.]* 1991).

Pese a haber muchas objeciones al uso del formato estructurado de los resúmenes, relacionadas ellas con la extensión y la estética, está ampliamente adoptado en una forma u otra, siendo aceptado de manera general por ser más informativo que el resumen no estructurado (Pitkin & Branagan 1998), puesto que el uso de encabezamientos adicionales en el resumen puede suponer un refinamiento de su formato, ayudando a apreciar más rápido y fácilmente con el resumen el valor del diseño de la investigación, que normalmente se incluye dentro del formato IMRaD (Scofiienza *[et al.]* 2011). Sin embargo, la decisión de adoptar estos encabezamientos en el resumen radicará en el comité editorial de la revista.

Aunque, como hemos dejado claro, el uso de los resúmenes ha llegado a ser una práctica común, incluso una necesidad, la calidad y utilidad de los mismos no es aún satisfactoria puesto que la mayoría de las veces no siguen las reglas; un ejemplo de ellos es, por ejemplo, la sección de métodos que estadísticamente se incluye en los resúmenes con menos frecuencia con la que ella aparece en el texto completo del documento (Trawinski 1989). Por todo esto los estudios de calidad sobre los resúmenes se han multiplicado, evaluando tanto los resúmenes tradicionales como los estructurados, típicos de la literatura biomédica.

Son muchos los estudios que se han realizado para analizar la calidad estructural del resumen del caso clínico biomédico; entre ellos podemos señalar los de: Salager-Meyer (1990a); Green & Johnson (2000); McCarthy & Reilly (2000); Cohen (2006); Green & Johnson (2006); Aitken & Marshall (2007); Carleton & Webb (2012); y Jupal, Thaledi & Thawani (2013), entre otros ejemplos.

A fin de registrar las variaciones que hayan podido producirse en la estructura del resumen como consecuencia de la propia evolución del caso clínico, así como las divergencias que pudiera haber dentro del mismo género científico y dentro del resumen, entre unas especialidades y otras, hemos optado por analizar una serie cronológica de doce años de tres revistas científicas correspondientes a tres especialidades distintas de medicina.

II.3.4.1. Concepto de calidad en el resumen

Todo en nuestra sociedad está inserto del concepto de calidad. El término calidad aparece frecuentemente en nuestra vida diaria desde un punto fácilmente comprendido (Pinto & Lancaster 1999). Si en nuestra vida diaria la calidad se ve como algo necesario, no hay que mencionar que en el avance científico es incluso un *súmmum* a conseguir. Esta calidad en la ciencia y, concretamente, en biomedicina está muy relacionada tanto con la calidad de sus investigaciones y hallazgos como con la calidad que deben tener los diferentes géneros y tipos de documentos que se utilizan para la divulgación de dichos avances. Es por eso que la calidad de estos productos informativos esté íntimamente relacionada con la calidad documental de dichos productos y en función de lo que el lector quiera conocer (Winker 1999).

Los resúmenes que encontramos en biomedicina no escapan a esta tendencia; ellos se presentan como un género que se debe ajustar a unas normas, a unos criterios y

a unos indicadores para hacer un tipo documental de calidad y llegar a convertirse en un arma importante de conocimiento para la profesión médica, de ahí que sea algo imperativo que los datos ofrecidos en el resumen sean precisos, fieles y consistentes con los que se presentan en el cuerpo del artículo (Siebers 2001).

Los resúmenes son representaciones textuales reducidas y autónomas de textos originales; son representaciones del contenido esencial representado en el documento original. Este género debería por ello satisfacer unas condiciones de representatividad y textualidad – desde el punto de vista de coherencia sintética y semántica, y teniendo en cuenta al grupo de usuarios al que va dirigido- y de autonomía y tamaño (Pinto 2006). Por ejemplo, un resumen en el campo de la biomedicina debería ser capaz de decirle al lector el por qué, el qué, el cómo, dónde y cuándo, el quién, qué se ha hecho, qué se ha medido, qué se ha encontrado y qué significan los hallazgos (Winker 1991).

Los estudios acerca de la calidad de los resúmenes científicos ofrecen tanto a los editores como a los lectores, una perspectiva sobre la deficiencia de los resúmenes, cómo ellos se comparan con resúmenes en otras revistas y, en tercer lugar, cómo facilitan mejoras en las actuales normas de la práctica (Taddio *[et al.]* 1994). Además estos estudios son necesarios para la construcción adecuada de resúmenes que permitan a los profesionales médicos evaluar y seleccionar publicaciones relacionadas con su preferencia/tendencia y determinar si la información es relevante y puede ser usada para nuestros propios pacientes (Froom & Froom 1993).

Muchas veces, cuando un manuscrito llega a una revista su resumen o no incluye el propósito del autor, o los métodos de la investigación apenas se mencionan, o escasean o no aparecen los detalles relacionados con los grupos o pacientes, o bien no se informa de los resultados cuantitativos; además, en algunas ocasiones en ellos no aparecen las conclusiones o si las hay van más allá de los datos que se presentan en el artículo, y hay redundancia o exhortaciones sin sentido (Rennie & Glass 1991).

En el concepto de calidad en el resumen existe una importante noción relativa y subjetiva, al depender de diversos factores como los criterios del usuario, la calidad del documento a resumir, los diferentes modelos globales que se han diseñado sobre la actividad resumidora, o las teorías y técnicas específicas de que se sirven las investigaciones dedicadas a cuestiones de evaluación de resúmenes (Izquierdo Alonso & Moreno Fernández 2009).

Para Montesi (2006) la calidad del resumen se puede enmarcar dentro de cuatro enfoques distintos, los cuales consideran que un resumen bien hecho es cuando:

- 1) Posee una serie de atributos como brevedad, claridad, precisión y, como añade Tenopir & Jacso (1993), legibilidad.
- 2) Cumple con sus funciones y satisface las necesidades de los usuarios. Esto también es compartido por Pinto & Lancaster (1999).
- 3) Representa el producto de un correcto proceso de análisis y síntesis documental.
- 4) Cumple con las normas y directrices.

Puesto que la información tiende a ser intangible, es difícil obtener unos criterios apropiados para medir la calidad (Pinto & Lancaster 1999). A la hora de determinar el nivel de calidad de los distintos productos documentales, se deben considerar tanto factores cualitativos –criterios- como cuantitativos –indicadores; estos últimos medirán la calidad en términos de coherencia y cohesión, legibilidad, pertinencia o precisión, exhaustividad o respuesta, consistencia, densidad informativa, profundidad, extensión o tamaño, esfuerzo del usuario y errores (Moreiro 2002; Pinto & Lancaster 1999). La calidad formal de un resumen se basa pues en la combinación de la consistencia metodológica de una investigación con la claridad de la presentación (Timmer, Sutherland & Hilsden 2003).

Montesi (2006) señala una serie de factores que afectarán a la calidad del resumen, entre ellos: la tipología textual del documento original y su naturaleza; el grado de interés, la rama de la ciencia y la formación de los usuarios; la función del resumen; la terminología del original; el tipo y la función del resumen; la complejidad de la materia; y el idioma del original, entre otros. Estos factores darán lugar a muy diversos indicadores para medir la calidad del resumen, y que mencionaremos de aquí en adelante.

Para Hartley & Sydes (1997) la legibilidad de los resúmenes, y por tanto la calidad de los mismos, está basada en una fórmula que combina, por un lado, la longitud media de las frases y, en segundo lugar, la longitud media de las palabras usadas dentro de las oraciones; así pues, se supone que un texto con oraciones y palabras largas es más difícil que aquel que tiene palabras y oraciones cortas. Para estos autores esto no es una afirmación categórica puesto que algunas palabras largas son muy familiares y algunas oraciones cortas pueden ser bastante difíciles de comprender; para Tenopir & Jacso (1993) la longitud de un resumen no es necesariamente un indicador de la calidad del mismo.

Para abordar la calidad de los resúmenes es fundamental estudiar cómo se ha efectuado el traslado de la superestructura, es decir, si las oraciones del resumen indican: la macroestructura global/objetivos; la metodología: fase de descripción y análisis; los resultados-discusión; las recomendaciones-conclusiones; y la bibliografía-anexos (Moreiro 2002). La principal dificultad es la omisión de información básica tales como los objetivos de la investigación o clarificar el diseño de la investigación (Timmer, Sutherland & Hilsden 2003). Cross & Oppenheim (2006) afirman: “*los resúmenes deberían estar sujetos a una medida bastante estricta de control de calidad para maximizar la comprensión del texto*” (p. 429).

Moreiro (2002) elabora unos criterios a evaluar en los resúmenes que pueden aplicarse directamente a los que se hacen en biomedicina:

- Calidad técnica de los resúmenes: presencia inútiles y ausencias evitables; presencia de redundancias; presencia de faltas de ortografía o sintácticas. Aparición o no de la naturaleza y enfoque del documento original, es decir, si se trata de un artículo, crítica histórica, caso clínico, tesis, reportaje, presentación de resultados, ensayo, editorial...
- Tamaño de los resúmenes, muy relacionado con la densidad de palabras nocionales que representan un concepto relativo a la materia o tema de la que se trata.
- Legibilidad: mide la claridad de expresión y por ende la calidad expresiva. Tenopir & Jacso (1993) ven la claridad del producto final como una importante medida de calidad. Abarcará factores que la dificultarán y factores que la facilitarán. Entre los primeros: la presencia de la voz pasiva, la subordinación excesiva dentro una frase o la presencia de abreviaturas y acrónimos sin normalizar. Por su parte, entre los segundos: la presencia de enlaces sintácticos y la presencia de oraciones cortas. Esta legibilidad también estará relacionada con el uso de sinónimos, el uso del lenguaje del autor, y el uso de la frase negativa (Fidel 1986).
- Cohesión: comprobación de que las oraciones estén bien unidas gramaticalmente, lo que facilitará la lectura seguida, de manera discursiva.

Izquierdo Alonso & Moreno Fernández (2009) hacen una evaluación del resumen documental desde el estudio de diversas variables de comportamiento que

intervienen en los resúmenes. Así pues, estos resúmenes documentales se pueden evaluar en virtud de:

- La validez del contenido, estableciendo una similitud entre la cantidad de información presente en el resumen respecto de la que aparece en el documento original.
- La discriminabilidad informativa, comparando los contenidos de los originales y su reflejo en el resumen.
- La lecturabilidad, es decir, el grado de comprensión lectora.
- La recuperabilidad de documentos a través del resumen como punto de acceso temático.
- La comprensión de los distintos tipos de textos, la legibilidad de los discursos y el recuerdo, tomando para ello los principios de la psicología cognitiva y la didáctica.
- El análisis del discurso y la lingüística aplicada. Se parte del resumen como género textual y se analizan sus características estructurales, sintáctico-gramaticales y terminológicas, como indicadores de la legibilidad y determinante de la lecturabilidad o comprensión de los resúmenes. En este aspecto se centran las aplicaciones dirigidas al estudio del resumen estructurado en el campo de la biomedicina.
- La ingeniería lingüística y la recuperación de información, valorando la eficacia del resumen y de los extractos automáticos a partir de las técnicas del procesamiento del lenguaje natural o de modelos probabilísticos más o menos sofisticados.

Por su parte, Pinto (2006), aboga por la calidad de los resúmenes en función de los atributos y rasgos que un resumen debe tener para cumplir su misión, que se transforman automáticamente en indicadores de calidad de los mismos y que los agrupa en atributos de representación (los cuatro primeros), atributos objetivos (del quinto al séptimo) y atributo externo (el último):

- Representatividad. Muestra si el resumen es o no representativo de la fuente.
- Utilidad: si el resumen es práctico en función de los objetivos y de las características de los usuarios a los que se destina.

- Comprensión; esto es, si el resumen representa todos y cada uno de los temas representados en el documento original.
- Exactitud y precisión; referida a la extensión con la que el resumen representa correctamente el documento original.
- Consistencia. Ayudará al usuario en su búsqueda en bases de datos.
- Coherencia, en términos de lógica relación y correcta conexión entre las partes.
- Densidad o tamaño del resumen.
- Calidad percibida por el usuario.

Como mencionan Timmer, Sutherland & Hilsden (2003) los métodos normalizados para evaluar y valorar la calidad formal del resumen deberían ayudar a mejorar la consistencia y fiabilidad del resumen, resultando de los mismos un resumen más informativo y útil. Todos estos indicadores y elementos que permiten evaluar la calidad de los resúmenes pueden ser aplicados si tratamos la calidad de los resúmenes en biomedicina.

II.3.4.2. Normas, guías y directrices nacionales e internacionales para lograr un resumen de calidad

La calidad en los resúmenes nos lleva al concepto de normalización. Distintas han sido las instituciones internacionales que han trabajado sobre el tema y han desarrollado estándares para contribuir a la tan ansiada calidad de información, que repercutirá directamente en la calidad y pertinencia de la información y en la recuperación de la misma. Estas instituciones de ámbito internacional han creado unas normas internacionales de redacción y presentación de resúmenes²⁰, aunque todas ellas referidas a la elaboración y características de los resúmenes aparecidos en los artículos

²⁰ Las normas que desarrollan esas directrices para la redacción y publicación de resúmenes y que vamos a estudiar son: Asociación Española de Normalización (AENOR) 1994. *Documentación: presentación de artículos en publicaciones periódicas y en serie*, UNE-50-133-94. Madrid, AENOR; Asociación Española de Normalización (AENOR) 1990. *Documentación: preparación de resúmenes*, UNE-50-103-9. Madrid, AENOR;; National Information Standards Organization (NISO) 1997. *Guidelines for abstracts*, ANSI/NISO Z39.14-1997. Bethesda (Maryland), NISO Press; Martinsson, A 1983. *Guía para la redacción de artículos científicos destinados a la publicación*. París, UNESCO; International Standard Organization (ISO) 1976. *Documentation: abstracts for publications and documentation*, ISO 214-1976. Ginebra, ISO.

científicos originales, dejando de lado a los que aparecen en otras tipologías documentales biomédicas, de ahí la crítica que se le hace desde sectores relacionados con el ámbito de la biomedicina, aunque bien es cierto que estas normas pueden servir de base para la elaboración de resúmenes para otros tipos documentales.

El creciente volumen de documentos y textos que contienen información ha hecho que los resúmenes “bien preparados” hayan incrementado su importancia (ANSI/NISO Z39.14-1997).

El objetivo de todas estas normas es claro; según las normas ISO 214-1976 y UNE 50-103-90 estas directrices son una guía que ha de seguirse para la redacción y presentación de resúmenes, entendiéndose en las mismas como resumen “*una representación abreviada y precisa del contenido de un documento, sin interpretación ni crítica y sin mención expresa del autor del resumen*” (p. 1). Por su parte, para la ANSI/NISO Z39.14-1997, el término resumen significa una representación breve y objetiva del contenido de un documento primario o de una presentación oral, no debiéndose confundir con términos como anotación, extracto, sumario o sinopsis.

Para la Guía de la UNESCO de 1983, este resumen tiene una doble finalidad: por un lado, proporcionar a los lectores una información suficiente que les permita juzgar si les conviene profundizar en el tema; y por otro, ayudar en la mejora de los servicios de información en el campo científico.

Para estas directrices, norma ISO y norma UNE, el resumen puede ser tanto informativo como indicativo, según el tipo de documento en el que se encuentre inserto: revistas, informes o tesis, monografías y actas de congresos o patentes. Para la ANSI/NISO Z39.14-1997 los resúmenes informativos son generalmente usados para investigaciones experimentales o informes y definen el propósito, la metodología, los resultados y las conclusiones presentadas en el documento original. En cambio, los indicativos son usados para documentos menos estructurados, tales como editoriales, ensayos u opiniones o partes de documentos como libros, actas, bibliografías o informes. Estos no contienen información relacionada con la metodología o los resultados, pero sí el propósito del documento y un esencial material de background, los métodos usados y los argumentos presentados.

Por otra parte, la norma UNE 50-133-94 – que habla de la presentación de artículos en publicaciones periódicas y en serie - dice que todos los trabajos deben ir acompañados de un resumen en la lengua del artículo y en inglés o francés.

La Guía de la UNESCO de 1983 para la redacción de artículos científicos destinados a su publicación, en uno de sus apartados habla de los resúmenes que tienen que incluir este tipo de publicación. Menciona dos tipos: uno, un resumen analítico, que consiste en un título más extenso compuesto por oraciones conexas teniendo en relación a los destinatarios del mismo; y otro resumen – sin ninguna denominación en especial - que debe estar redactado en la lengua original del artículo y traducido al inglés, como lengua de mayor difusión internacional que facilitará la asequibilidad del mismo, que variará en función a la extensión del trabajo.

La norma ISO 214-1976 y la ANSI/NISO Z39.14-1997 mencionan que un completo resumen debería contener unos elementos específicos: el objetivo y el ámbito de estudio; la metodología o técnicas y métodos necesarios para la comprensión; los resultados, lo más concisos e informativos posibles, tanto experimentales como teóricos, efectos, relaciones...; y las conclusiones presentadas en el documento original, relacionadas con los objetivos y propósitos de la investigación y del documento, y asociadas a recomendaciones, evaluaciones, aplicaciones, sugerencias, nuevas relaciones e hipótesis aceptadas o refutadas. Estas directrices mencionan esta estructura puesto que la mayoría de los documentos que describen un trabajo experimental responde a estos elementos. La norma además destaca la introducción de otro tipo de resultados e información no relacionados directamente con el tema principal (modificaciones de métodos, nuevos compuestos, constantes física nuevas, nuevos documentos y fuentes...), debiéndose exponer con claridad para no distraer la atención del tema principal.

En relación a la presentación y al estilo, la ISO 214-1976 y la ANSI/NISO Z39.14-1997 recomiendan colocar el resumen al inicio del documento, preferentemente entre el título y el comienzo del texto. Estas norma, junto con la UNE 50-103-90, dicen que debe ser inteligible y autosuficiente para el lector, es decir, que no necesite acudir al documento original para su comprensión, reteniendo la información básica y el tono del original y no incluyendo información ni detalles de interés secundario que no contiene el documento en sí, como menciona también la Guía de la UNESCO. Debe comenzar por una frase que exprese la idea básica del tema principal del documento, a menos que ya vaya implícito en el título. La extensión del resumen será diferente de acuerdo al tipo de documento a resumen y el tipo de resumen a usar.

El resumen, siguen diciendo la norma ISO, la UNE y la Guía de la UNESCO, debe contener frases cortas y estar estructurado en un solo párrafo si no es largo,

apareciendo en más de uno si fuera necesario, con palabras y frases de transición para garantizar la coherencia del mismo. Por su parte la ANSI/NISO Z39.14-1997 incorpora aquí algo interesante que difiere de las anteriores: la existencia de resúmenes estructurados, en los cuales el texto se presenta en varios niveles de acuerdo a unos encabezamientos prescritos.

Se deben utilizar, en la medida de lo posible, verbos en voz activa que ayudan a la claridad, brevedad y precisión, la tercera persona, y palabras significativas utilizadas en el texto evitando términos no familiares, acrónimos, siglas, abreviaturas o símbolos.

Terminan diciendo la ISO 214-1976 y la UNE 50-103-90 que se pueden incluir tablas, diagramas, fórmulas estructurales... sólo en el caso de ser necesarias para la claridad y brevedad del resumen, que choca con la Guía de la UNESCO de 1983 que dice que un resumen puede combinarse con conclusiones y presentar información adicional, en forma de síntesis gráficas, aspectos más amplios del campo de estudio...

Junto a estas normas elaboradas por organismos nacionales e internacionales de normalización, en las últimas décadas del siglo XX también los editores de revistas biomédicas adoptaron una serie de requisitos de uniformidad, aceptados internacionalmente, que debían reunir los manuscritos científicos originales admitidos para su publicación, con el propósito de facilitar su lectura y comprensión. Estos requisitos generales fueron propuestos por el ICMJE y se convirtieron en el complemento necesario para la elaboración de resúmenes estructurados requeridos a finales de los años 80 por revistas como *The British Medical Journal*, *Annals of Internal Medicine* y *The American Journal of Medicine*, llegando a superar las 300 revistas biomédicas, en los primeros años de estas recomendaciones, las que se acogieron a esas directrices (Salager-Meyer 1991).

Puesto que la expansión de la literatura biomédica es abrumadora, es necesario desarrollar e implementar un método o una política que promoviera la calidad de los resúmenes, esto es, exhaustividad, relevancia y exactitud de la información que deba incluirse en los resúmenes de investigaciones (Wong [et al.] 2005).

A este respecto, hemos de mencionar el esfuerzo del Ad Hoc Working Group for Critical Appraisal of Medical Literature, en 1987, para dotar de calidad a los resúmenes biomédicos con la introducción de un formato determinado basado en siete apartados (*headings*) y con un vocabulario particular controlado. La propuesta estructurada para artículos originales se ocupaba de las causas, curso, diagnóstico y tratamiento de los problemas de la asistencia sanitaria, no incluyendo en este tipo de trabajos originales las

editoriales, las revisiones o los casos clínicos (Guimarães 1996). El resumen estructurado para este Grupo aseguraría que los autores proporcionaran toda la información importante necesaria para que el lector determinara la utilidad clínica del ensayo (Squires 1990b).

Este Grupo propone una guía con la información que debería poseer este tipo de resúmenes para ser más válidos, relevantes y aceptables. Dicha información comprendería, como hemos mencionado anteriormente, los siguientes siete (Ad Hoc Working Group 1987; Bordage & Querin 2001; Haynes [*et al.*] 1990; Salager-Meyer 1991):

1. **Objetivo.** El resumen debería comenzar con una clara mención del objetivo preciso y exacto al que se dirige el artículo y la investigación, mencionando también los objetivos secundarios que se puedan derivar del mismo, aunque sólo de manera general.
2. **Diseño.** Se debería describir el diseño básico del estudio, mencionando su tipo, duración, métodos de medición, intervenciones, test para diagnóstico, características clínicas de desórdenes médicos, o análisis de la rentabilidad, entre otros aspectos.
3. **Contexto.** Este contexto debería ayudar al lector para determinar la aplicabilidad del artículo que tiene entre manos en relación a sus circunstancias clínicas y sus intereses; se debería mencionar la localización y el nivel de atención médica: comunidad general, asistencia primaria o trabajo privado o institucional.
4. **Pacientes y otros participantes.** Se debe mencionar, en este apartado, el método de selección y el número de pacientes o participantes que han formado parte y han completado el estudio- en caso necesario su proporción- incluyendo sus trastornos médicos, sus características sociodemográficas y si han tenido efectos adversos.
5. **Intervención(es).** En el resumen debería describirse las características esenciales de las intervenciones llevadas a cabo, con su nombre clínico comúnmente aceptado, incluyendo su tratamiento exacto y la duración de la aplicación.
6. **Mediciones y principales resultados.** Se describirían los métodos de evaluación de pacientes y los resultados claves, éstos últimos de forma narrativa o en forma de puntos, más que en forma tabular.

7. Conclusiones. Las conclusiones a las que se ha llegado con el estudio junto con su aplicación clínica deben ser citadas de forma clara.

Para Squires (1990b) la información sugerida por este grupo, y que hemos comentado, es esencial pero quizá la utilización de subencabezamientos resulta algo engorroso y complicado.

Con posterioridad, han sido sugeridas similares directrices para la presentación de resúmenes de revisión, reduciendo los apartados a seis: propósito del estudio, datos de identificación, selección de estudios, extracción de datos, síntesis de resultados, tanto cualitativa como cuantitativa, y conclusiones (Mulrow 1988).

En 1993, el Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas (más conocido como GRUPO VANCOUVER) publica la primera versión de los *Requisitos de uniformidad de manuscritos enviados a revistas biomédicas*, para ayudar a los autores y editores en sus tareas de creación y distribución fiel, exacta, clara, y fácilmente accesibles de estudios biomédicos, en los que recomienda el uso de resúmenes estructurados. Posteriormente estos *Requisitos* fueron revisados y analizados en 1997, 1999, 2000, 2001, 2003 y 2010. Este Comité, que basa sus recomendaciones en la amplia experiencia de autores y editores reunida sobre varios años más que en investigaciones metodológicas, afirmaba que los resúmenes debían proporcionar el contexto o antecedente histórico para el estudio, y mencionar las bases y los propósitos del estudio, los procedimientos básicos (selección de sujetos, métodos observacionales y analíticos), y los hallazgos y conclusiones principales (dando, si es posible, su significado estadístico), y las fuentes de financiación, poniendo énfasis en lo que se considera como observaciones o aspectos nuevos o importantes del estudio (International Committee of Medical Journal Editors 2009).

Ante esta propuesta las revistas europeas y norteamericanas promueven el uso de resúmenes más informativos para los artículos de interés clínico (Nakayama 2005).

En la década de los 90, se observa un incremento importante del número de artículos en MEDLINE que incluían resúmenes estructurados, en paralelo a una mayor presencia de este tipo de resumen en las publicaciones científicas, continuando esta tendencia hasta la actualidad (Harbourt, Knecht & Humphreys 1995); un ejemplo de ello es que en 1995 el 2,5% de los artículos aparecidos en la base de datos contenían resúmenes estructurados, siendo el 20,3% en 2005 (Ripple *et al.* 2011). Estos resúmenes estructurados, que en MEDLINE tienen formatos diferentes en función de las

prescripciones de las distintas revistas, jugarán un papel importante en la recuperación y descubrimiento de información en dicha base de datos, puesto que incrementan sus puntos de acceso, ayudando, además, en el proceso de indización (Ripple [*et al.*] 2011).

Pese a este esfuerzo de uniformidad, hemos de mencionar que la repercusión y aplicación de estas normas ha sido escasa debido a que su contenido es, por una parte, muy general y, por otra, bastante arcaico, es decir, se han quedado estancadas en una época en la que se daban recomendaciones sobre aspectos generales; pero ahora la especialización del conocimiento y, en este caso, de la ciencia, lleva a que se traten los resúmenes biomédicos de una manera más especializada en función del contenido del documento que quieren representar y la función para los que están hechos; por eso estas normas se han quedado anticuadas.

Muestra de esto último que estamos comentando es lo abordaremos de ahora en adelante: debido a la especialización del saber y a la aparición de nuevos géneros biomédicos se ha hecho necesario dotar de calidad a los mismos en todos sus aspectos; la proliferación de estudios para los resúmenes biomédicos por parte de diversos autores y distintas entidades biomédicas han ido aumentando y supliendo la falta de iniciativas normalizadoras de carácter oficial; incluso cada comité editorial propone un formato específico en las especificaciones hechas a los autores, existiendo diferencias por ejemplo, aunque mínimas, en los nombres de los niveles o apartados, lo que hace a veces complicado desarrollar sistemas automatizados que empleen esta estructura para la recuperación bibliográfica (Harbout, Knecht & Humphreys 1995).

II.3.4.3. Calidad resumidora en biomedicina

Para llevar a cabo un estudio científico riguroso hay que establecer un campo de actuación del mismo; en dicho marco se han de poner las bases científicas del mismo, apoyadas en estudios anteriores, y exponer la nueva línea de investigación que se va a llevar a cabo. En este epígrafe de la tesis doctoral hablaremos, en primer lugar, de las investigaciones llevadas a cabo hasta este momento sobre la calidad estructural de los resúmenes biomédicos en general y de la de los resúmenes de los casos clínicos en particular.

II.3.4.3.1 Declaraciones y listas de control de CONSORT y QUOROM

Hemos visto que ha sido grande el esfuerzo de distintas organizaciones normalizadoras y organizaciones profesionales, de ámbito general, para dotar de calidad a los documentos científicos, implicando en dicha calidad la de sus resúmenes, puesto que, como hemos comentado anteriormente, es una de las partes más significativas de dichos documentos científicos.

Pues bien, el mundo de la biomedicina propiamente dicho también se ha visto invadido por este axioma de calidad en todos los documentos que se publican en sus revistas. Así pues, en este ámbito de conocimiento se ha ido trabajando en el tema de la calidad, publicando diferentes directrices y listas de control que, por un lado, aseguran una alta calidad y validez de las contribuciones originales en las revistas y, por otro, incrementar su impacto científico (Tramèr 2001).

Johnson & Green (2009), en su estudio sobre los errores y posibles soluciones de los manuscritos biomédicos, recogen varias de las pautas para los tipos específicos de trabajos de investigación. Un ejemplo de dichas directrices es:

Directriz	Tipo de documento
AGREE – Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation	Calidad de las pautas de la práctica clínica
ASSERT – Standard for the Scientific and Ethical Review of Trials	Lista de control para comités éticos para evaluar propuestas para aleatorizar pruebas clínicas controladas
CONSORT – Consolidated Standards of Reporting Trials	Lista de control para aleatorizar pruebas controladas
MOOSE – Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology	Meta-análisis y revisiones sistemáticas de estudios observacionales
PEDro Scale – Physiotherapy Evidence Database	Pruebas clínicas aleatorizadas para realizar revisiones sistemáticas
QUOROM – Quality of Reporting of Meta-analyses	Revisiones sistemáticas de pruebas aleatorizadas
STARD – Standards for Reporting of Diagnostic Accuracy	Lista de control para la precisión y exhaustividad de estudios de diagnóstico
STARLITE – Sampling strategy, Type of study, Approaches, Range of years, Limits, Inclusion and exclusions, Terms used, Electronic sources	Pauta para informar de búsquedas de literatura

STROBE – Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology	Estudios observacionales
TREND – Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs	Pruebas no aleatorizadas

Tabla 19. Pautas para la publicación de tipos específicos de trabajos de investigación. Fuente: Johnson & Green (2009).

Pese a que todas ellas nos dan información y pautas sobre la estructura de cada tipo de documento, de sus secciones y de la información que debería contener cada una de ellas para lograr una calidad completa, sólo algunas de ellas nos ofrecen pautas sobre los resúmenes que aparecen en dichos tipos de documentos, lo que quiere decir que muchas de las premisas que aparecen sólo sirven para esos tipos de documentos precisos, aunque hemos visto conveniente analizarlas, pese a que sea someramente.

La declaración CONSORT se publicó por primera vez en 1996, siendo revisada en 2001 (Han *[et al.]* 2009) con el objetivo de ofrecer a los autores un camino normalizado para preparar informes de hallazgos de pruebas que asegurasen su notificación completa y transparente y su evaluación e interpretación crítica (CONSORT); posteriormente se actualizó en 2010 para, por un lado, asistir a los autores en la escritura de informes de pruebas controladas aleatorizadas, a los editores y revisores en la evaluación de manuscritos para su publicación, y, en tercer lugar, a los lectores para evaluar críticamente los artículos publicados (Schulz, Altman & Moher 2010).

La lista de control que establece estas pautas para las pruebas antes mencionadas recoge que el resumen que debe aparecer en estos documentos debe ser estructurado (Schulz, Altman & Moher 2010), claro, transparente y con suficiente detalle e información óptima como para servir como un fiel registro de sus hallazgos (CONSORT).

Los ítems esenciales que los autores, antes de la presentación de sus trabajos (Tramèr 2001), deberían incluir en los resúmenes de las revistas y en congresos para presentar los principales resultados de sus pruebas, pese a que muchas revistas han desarrollado su propia estructura de resumen (Hopewell *[et al.]* 2008) quedarían estructurados de la siguiente manera (CONSORT):

Item		Descripción
Diseño de la prueba		Descripción del diseño de la prueba
Métodos	Participantes	Criterios de elección y escenario donde los datos fueron recogidos
	Intervenciones	Intervenciones llevadas a cabo
	Objetivo	Objetivo específico o hipótesis
	Consecuencia	Consecuencia principal definida claramente para el informe
	Aleatorización	Cómo se han asignado los participantes a las intervenciones
	“Ocultamiento”	Si los participantes, cuidados o evaluación se ocultaron a los participantes
Resultados	Números aleatorizados	Número de participantes aleatorizado para cada grupo
	Reclutamiento/Selección	Comprobación de la prueba
	Números analizados	Número de participantes analizados en cada grupo
	Consecuencia	Resultados para cada grupo y efecto estimado
	Daños	Importantes efectos secundarios y adversos
Conclusiones		Interpretación general de los resultados

Tabla 20. Ítems presentes en la estructura de los resúmenes de trabajos científicos según el modelo CONSORT. Fuente: Hopewell [et al.] (2008).

QUOROM, nacida en 1996, también establece una lista de control que incluye, por ejemplo, la recomendación de usar resúmenes estructurados y de describir con todo el detalle posible la búsqueda de literatura, ofreciendo un diagrama que muestra el flujo de los informes recuperados (Tramèr 2001). La propuesta de QUOROM para los resúmenes, que serán estructurados, quedaría de la siguiente manera (Urrutia, Tort & Bonfill 2005):

- **Objetivos:** se especifica de manera clara y precisa la pregunta.
- **Fuentes de datos:** bases de datos (una lista) y otras fuentes de información.
- **Métodos de revisión:** criterios de selección (población, intervención, resultado y diseño del estudio), los métodos para evaluar la validez, la extracción de datos

y las características del estudio, así como la síntesis cuantitativa para permitir su replicación.

- **Resultados:** resultados cuantitativos y cualitativos
- **Conclusión:** resultados principales

II.3.4.3.2. Escritura científica biomédica e instrucciones para autores y revisores de revistas médica

La principal responsabilidad para dotar a los resúmenes de calidad y consistencia corresponde a los autores de los trabajos científicos, aunque la literatura existente sobre el tema sugiere que, pese a instruir a los autores para ello, la intervención educativa que se dirige a ellos es ineficaz (Sibers 2001), puesto que muchas veces ellos se sienten sobrecargados con información, impresionados con su propio mensaje y desconcertados por la imposibilidad de condensar en alrededor de 150 palabras toda la información que aparece en el cuerpo del trabajo (Rennie & Glass 1991); es por ello que, pese a estas instrucciones específicas dirigidas a los autores para eliminar las deficiencias de los resúmenes, debe ser el personal de la revista el que asuma esa función (Pitkin, Branagan & Brumesiter 2000).

Los editores, aunque muchas veces es difícil de cuantificar la cuestión de la calidad de los resúmenes por la parte subjetiva que aparece en el tema (Heller 1991, Winker 1999), deben tomar la responsabilidad para asegurar la calidad y la importancia de los resúmenes de los trabajos originales que se presentan (Huth 1987) y tomar el control sobre los subencabezamientos que los autores utilizan en este tipo de resúmenes (Hartley 2007), leyendo los resúmenes que acompañan a los trabajos de una manera crítica y proponiendo la revisión de los mismos si son deficientes (Hartley 1994). De esta manera, los lectores podrán prestar atención a la información que le resulte más interesante para su práctica clínica o profesional (Straatsma 1994).

Unos buenos revisores pueden ayudar a los autores a escribir resúmenes más claros y más concisos, mejorando el valor del resumen (Lichter 1991), haciéndolos más significativos a la hora de realizar búsquedas de textos en bases de datos (Fidel 1986), existiendo una relación moderada entre la calidad del resumen (resumen poco desarrollado frente a resúmenes desarrollados) y las decisiones hechas por el editor (Hans-Vaughn & Onwuegbuzie 2009). Los editores deben ser los que informen a los

autores de los resúmenes que información y qué condiciones debe incluir en cada categoría (Fidel 1986), ayudando, por tanto, a dotarlos de calidad (Dupuy [et al.] 2003).

Hemos de destacar que no sólo las revistas evalúan los resúmenes de los trabajos que van a publicar sino que esta evaluación y selección también se ha convertido en una actividad principal en la mayoría de las sociedades científicas para dotar de calidad científica a dicha sociedad y procurar que los trabajos que se seleccionan y presentan en sus encuentros sean de calidad, eliminando para ello los resúmenes dudosos y aceptando los de excelente calidad (Vilstrup & Sorensen 1998).

Aunque cada revista tiene unos requisitos editoriales únicos relacionados con sus objetivos, muchas de las instrucciones dadas a los autores que aparecen en las revistas científicas están de acuerdo con los *Requisitos de uniformidad de manuscritos enviados a revistas biomédicas* propuestos por el ICMJE, por lo que los autores deberían estar familiarizados con ellos y escoger y utilizar los que más se adecúan a su manuscrito en función del tipo de documento que debe ser presentado: artículo original, recensión o caso clínico (International Committee of Medical Journal Editor 2009).

Varios son los formatos de resúmenes estructurados que podemos encontrar, ya que dependen de las revistas en las que aparecen, de hecho algunas revistas sólo requieren este tipo de resumen en determinadas ocasiones (Lichter 1991); por eso, las revistas que adoptan los resúmenes estructurados en la publicación de sus trabajos, deberían incluir unas “*instrucciones para los autores*”. Estas instrucciones recogerían unas pautas claras y breves sobre la información que los autores de los trabajos deberían incluir en sus resúmenes, resúmenes que no deberían sobrepasar las 250 palabras y que deberían incluir los siguientes encabezamientos (Haynes [et al.] 1990):

- Objetivo; esto es, la cuestión principal del estudio y la hipótesis principal si la hay.
- Diseño. Descripción del diseño del estudio.
- Contexto; nivel de cuidado clínico: primario o terciario y práctica privada o institucional, por ejemplo.
- Pacientes y participantes; incluyendo procesos de selección, criterios de entrada y número de participantes finales de estudio.
- Intervenciones, es decir, los métodos y la duración de la gestión.
- Principales medidas resultantes, incluyendo las medidas primarias.
- Resultados: descripción de las medidas que no son manifiestas de los principales resultados e indicación de cualquier enmascaramiento.

- Conclusiones: sólo aquellas que están directamente relacionadas y basadas en los datos. Aquí también se expondrían las principales aplicaciones clínicas de las mismas.

Cada revista elige el formato de resumen que requiere para su publicación, por lo que cada resumen estructurado difiere de una revista a otra, usando algunas revistas un formato más que otro; es por ello que los autores necesitan preparar sus resúmenes al formato especificado por la revista que ellos hayan elegido (International Committee of Medical Journal Editors 2009).

La *Journal Canadien d'Anesthésie* es un ejemplo de revista que adopta el resumen estructurado como formato de resumen para los artículos que se publican en ella. Las indicaciones que se ofrecen en sus *Directrices para los autores* son claras: el resumen que debe aparecer en la segunda página no debe superar las 250 palabras y se debe al esquema de *objetivos* -el objeto preciso de la investigación, *métodos* -plan de estudio, lugar, número y selección de sujetos, intervenciones y medidas, *resultados* - valor numérico y variaciones, y *conclusiones* -basadas en los resultados (Johnson & Beva 1996).

Ophthalmology, otra revista que adopta resúmenes estructurados, en las pautas que da también bajo el epígrafe de *Instrucciones para autores*, menciona que todos los manuscritos deben incluir un resumen estructurado de 250 palabras que debe responder a una serie de preguntas cuya respuesta será la que marque la organización de los párrafos (Lichter 1991):

Objetivo (o Antecedentes)	¿Qué se ha hecho y por qué?
Métodos	¿Cómo se ha hecho?
Resultados	¿Qué se ha encontrado?
Conclusiones	¿Qué significa lo encontrado?

Tabla 21. Instrucciones para autores de la revista *Ophthalmology*. Fuente: Lichter (1991).

También la revista *Journal of the American Medical Association* (JAMA) aboga por la presencia de resúmenes estructurados entre los trabajos que publica. Estos resúmenes, que deben ser preparados en el estilo JAMA, no deben superar las 350 palabras y no deben de recoger información que no aparece en el texto del original. Las pautas que ofrece esta revista en relación a la elaboración de los resúmenes gira en torno

al tipo de investigación que se desarrolla: informe de datos originales, meta-análisis y reseñas. Por el tema que nos compete en esta tesis, nos centraremos en lo que dice esta revista para los resúmenes de informes originales.

La información del resumen, en esta revista, debe estar construida en relación a 9 encabezamientos:

- **Importancia;** por medio de una frase o dos se debe explicar la importancia clínica del estudio.
- **Objetivo** preciso del estudio; si fuera necesario junto con este objetivo principal se podrían relacionar los secundarios. En este apartado se incluiría la formulación de la hipótesis a comprobar.
- **Diseño:** años del estudio y la duración del seguimiento y el nombre del estudio, si fuera necesario.
- **Contexto;** con él se ayudará al lector a determinar la aplicación del informe a otras circunstancias: medicina comunitaria, atención primaria, cuidados hospitalarios, práctica privada o institucional...
- **Participantes;** se mencionará la dolencia clínica, los criterios de elección, el número de participantes, las características sociodemográficas, los pacientes que no han acabado el estudio...
- **Intervenciones clínicas:** características principales, método seguido y duración; la intervención deberá ser nombrada con su nombre clínico común.
- **Principales consecuencias y medidas,** tanto las primeras medidas como las tomadas después de comenzar la recogida de datos; se deberá reseñar si la hipótesis planteada ha sido probada o no.
- **Resultados;** se deben presentar y cuantificar los principales resultados del estudio en términos de intervalos o cifras absolutas.
- **Conclusiones y relevancias.** Se expondrán las conclusiones que están directamente relacionadas y respaldadas por los resultados, tanto positivos como negativos; además, se mencionará las implicaciones del estudio para la práctica clínica, evitando la especulación y la generalización.

Otro ejemplo de revista que ofrece instrucciones para los autores y que está muy relacionada con nuestro estudio es *Journal of Medical Case Reports* (Journal of Medical Case Reports (b)). En ellas se menciona que los casos clínicos deberían incluir los hallazgos positivos y negativos más relevantes extraídos de la historia, el examen y la

investigación apoyados, si fuera necesario, por fotografías. Estos datos se deben reflejar en el resumen de los mismos, que no debería exceder las 350 palabras ni contener abreviaturas o referencias, y que debería estar estructurado en las siguientes tres secciones:

- *Introducción.* Debería explicar por qué el caso es importante y necesita ser presentado e indicar si es el primer caso de este tipo en la literatura.
- *Presentación del caso.* Trataría, de manera breve, de lo que el paciente presenta, incluyendo características del paciente como edad, sexo, y antecedentes éticos.
- *Conclusión.* Una breve conclusión de lo que el lector debe aprender del caso clínico, el impacto clínico que tiene el mismo y cómo progresará significativamente nuestro conocimiento de la etiología de una enfermedad particular.

También las bases de datos se hacen eco de estas instrucciones. MEDLINE contiene resúmenes estructurados en cinco niveles básicos llamados metacategorías, aunque con variaciones dependiendo de las revistas dónde aparecen: *Contexto, Objetivo, Métodos, Resultados, Conclusiones* (Ripple [et al.] 2011).

El conocimiento de todas estas instrucciones por parte de los autores puede ayudar a evitar los errores en todas las partes del manuscrito y reduciría, por una parte, la probabilidad de retraso en la publicación, y por otra, las barreras para la difusión de la información, publicando artículos de alta calidad y evitando errores comunes en aspectos tales como el título, el resumen, las palabras claves, la introducción, métodos, resultados, discusión, conclusiones o referencias, entre otras secciones y elementos de documentos originales; un manuscrito publicado en una revista biomédica que está en conformidad con las instrucciones para autores que dan dichas revistas tiene más trazas de impresionar que aquel que contiene errores (Johnson & Green 2009).

II.3.4.4. Estudios sobre la calidad de los resúmenes estructurados en biomedicina: el caso clínico

Los resúmenes que aparecen en los artículos científicos son un interesante fenómeno ya que ellos “*encapsulan, en un breve texto, la esencia del artículo que sigue. Como tal, ellos son difíciles de escribir y difíciles de leer*” (Hartely & Sydes 1997, p. 124).

La mayoría de los estudios que se han llevado a cabo para evaluar la calidad de los resúmenes se han centrado en la comparación de resúmenes estructurados frente a los tradicionales en un número variable de medidas: detalles de contenido de información, facilidad de recuperación de información, longitud de los resúmenes y legibilidad (Hartley & Ganier 2000), no comparando resúmenes estructurados con los tradicionales actuales ni previamente publicados (Hartley 2004); es decir, no se centran en el proceso de su creación sino en los efectos que dan como resultado la mejor comunicación con los lectores, la mejora en la recuperación de información en bases de datos bibliográficas y, por último, en los procesos de evaluación por colegas (Haynes 1993).

Un método que examina la legibilidad de los resúmenes estructurados es considerar la idea de que escribir con encabezamientos puede ayudar a los escritores a producir oraciones que más claramente pertenecen a una sección particular de un resumen que a otra (Hartley & Sydes 1997). Sin embargo, la legibilidad de los resúmenes estructurados ha sido cuestionada por dos causas distintas: la interrupción del texto por los encabezamientos o mención de las distintas secciones, y, por otra parte, por las frases incompletas que siguen a los encabezamientos (Haynes *et al.* 1990). En el estudio de Hartley & Sydes (1997) los lectores evaluaron a los resúmenes estructurados como más fácilmente de leer que los tradicionales a causa de la organización impuesta, aunque no siempre sea así.

Son varios los tipos de errores más comunes que hacen que un resumen no sea ni fiel ni exacto en relación con el documento original que lo contiene; un resumen inconsistente es aquel en el que no concuerdan los datos del resumen y los que se describen en el cuerpo del documento original; la aparición de información en el resumen que no se encuentra en el cuerpo del texto; y, como tercer error, las conclusiones en el resumen no están basadas en la información presentada en el resumen (Pitkin & Branagan 1998; Pitkin, Branagan & Brumeister 2000).

A raíz de lo comentado en el párrafo anterior, la revista *JAMA*, en base a los estudios de diversos investigadores sobre calidad de resúmenes de publicaciones científicas, elaboraron unos criterios de calidad para dichos resúmenes. Para ellos, un resumen era un resumen de calidad si (Winker 1999):

- Los encabezamientos del resumen son consistentes en relación al formato de un resumen estructurado.

- Los datos en el resumen son consistentes en relación con el texto, las tablas y las imágenes y si esos datos se presentan en ellos.
- Se ofrecen los años, la duración y el seguimiento del estudio.
- Los resultados para las medidas principales se presentan en la sección de *resultados* y de manera cuantificada: numeradores, denominadores e intervalos.
- Se utilizan diferencias absolutas en vez de diferencias relativas.
- En las pruebas aleatorias, el análisis se identifica como un propósito para el tratamiento y su evaluación.
- Las conclusiones derivan de la información contenida en el resumen.

Son muchos los estudios que se han llevado a cabo para analizar la calidad de los resúmenes estructurados de los trabajos biomédicos, puesto que no todos los resúmenes estructurados han sido preparados ni elaborados correctamente (Haynes *[et al.]* 1990). Dichos estudios se han centrado en el análisis de los resúmenes de un año determinado o publicados en una revista en particular, aunque también abundan los estudios versados en aspectos teóricos de dicha calidad, siendo estudios con rigor y válidos aquellos que de una revista particular comparan un grupo de resúmenes tradicionales publicados con un grupo de los estructurados (Hartley 2004). Puesto que son muchos los estudios que podemos encontrar, los investigadores con estudios más débiles y menos consistentes tienden a exagerar la consistencia de sus diseños y sus conclusiones, omitiendo para ello deficiencias importantes e inexactitudes relacionadas con las características de sus investigaciones, más obvios en los resúmenes estructurados que en los tradicionales (Haynes *[et al.]* 1990). Por limitaciones temporales y espaciales sólo analizaremos los que aportan distintas variables para ayudar en el análisis de la calidad de dichos resúmenes.

La calidad en los resúmenes estructurados viene enmarcada en la información que en ellos se contiene dentro de cada uno de los encabezamientos anteriormente mencionados (Sharma & Harrison 2006). Esa información contenida en el resumen estructurado será la que asegure la precisión en su posterior recuperación y la utilidad para los usuarios finales (Booth & O'Rourke 1997), siendo beneficioso tanto para los autores y lectores como para los editores (Nakayama 2005).

Salager-Meyer (1990a) afirma que para ser considerado un resumen bien estructurado, éste debería cumplir una serie de requisitos de estructura de discurso, los

cuales están relacionados con la estructura intelectual básica del artículo completo. Esos requisitos serían los siguientes:

1. El primero tiene que ver con la *selección de move*, es decir, para ser un resumen bien estructurado, deberían aparecer las cuatro *moves* fundamentales y obligatorias en todo proceso de investigación científica y patrones de pensamiento: objetivo, métodos, resultados y conclusiones.
2. El segundo está relacionado con la *organización semántica de las moves*, es decir, con su presentación en un orden lógico.
3. Por último, un tercer requisito se ocupa del nivel más formal de la estructuración paragráfica, esto es, si un resumen está hecho en más de un párrafo, dicho párrafo físico debería corresponder con un párrafo conceptual.

Trawinski (1989) elaboró una lista de elementos de contenido para evaluar 80 resúmenes de artículos científicos incluidos en la base de datos INSPEC. Esos elementos sirvieron para analizar el problema metodológico que se plantea a la hora de escribir resúmenes y ser una guía para que toda la información necesaria para que ese resumen cumpla cierto grado de calidad informativa estuviera presente en el mismo. La lista de elementos que se utilizaría en cada caso y que servirían como base de una buena reflexión de la presentación formal y estructural de un documento en un resumen, dependería del tipo y el propósito de documento, del tipo y la complejidad del problema, del ámbito de la investigación y, por último, de la exhaustividad de su descripción. Así pues, los elementos de dicha lista quedarían agrupados en cinco partes diferentes: problema del documento, o fase de reconocimiento del problema; solución del problema, que refleja la generación de ideas de solución; comprobación del método, que describe la verificación de ideas para la solución; problemas relacionados, que expresa la fase de análisis de la situación del problema; y, por último, elementos de contenido, parte que representa el nivel formal y estructural del documento:

- Receptor de del documento
- Planteamiento u orientación del documento
- Origen del problema
- Definiciones de conceptos
- Explicación de símbolos
- Teorías y principios usados
- Presentación histórica de investigaciones relevantes

- Estado de la cuestión
- Descripción de la solución conocida
- Limitaciones y supuestos del problema
- Hipótesis propuesta
- Descripción de la solución del problema
- Idea de solución
- Presentación de la solución en forma de algoritmo
- Descripción matemática
- Teoremas
- Puesta a prueba de los teoremas
- Ilustración de la solución
- Justificación de la solución
- Características de la solución
- Idea de métodos de evaluación
- Esquema del método de evaluación
- Modelo usado
- Justificación del método de evaluación
- Lugar donde se llevó la prueba
- Tiempo de prueba
- Evaluación de los criterios usados
- Características de los criterios
- Justificación de los criterios
- Especificación de los procedimientos empleados en las pruebas
- Características de los procedimientos
- Justificación de la selección del procedimiento
- Fuente de los procedimientos
- Especificación de los objetos usados en las pruebas
- Características de los objetos
- Justificación de la selección del objeto
- Origen de los objetos
- Especificación de los materiales usados
- Características del equipo
- Justificación de la selección del material

- Origen del equipo
- Actividades preliminares
- Efectos secundarios
- Presentación de la materia prima obtenida
- Reducción y cálculo de datos
- Presentación de los resultados obtenidos de los cálculos
- Presentación de resultados en forma de tablas
- Presentación de resultados en forma de ilustraciones
- Presentación de resultados en forma de esquemas, mapas...
- Evaluación de la exhaustividad de los datos
- Evaluación de la precisión de los datos
- Análisis de posibles errores
- Análisis estadístico de los resultados
- Descripción de los resultados negativos obtenidos
- Explicación de los resultados obtenidos
- Generalizaciones
- Comparación con los resultados obtenidos por otros autores
- Posibles áreas de uso en la práctica
- Posibles áreas de uso en la ciencia
- Posibles caminos de mejora
- Problemas nuevos encontrados durante la investigación
- Coste de la investigación
- Fuentes de financiación

Para ser considerado un buen resumen estructurado, Salager-Meyer (1991), en base a los estudios de Van Dijk de 1990, resume que este tipo de resumen debería tener un cierto número de estructuras discursivas que en parte coincidiesen con la estructura intelectual básica; así, un buen resumen estructurado debería estar formado por cuatro *moves*, consideradas fundamentales y obligatorias y presentes en todo proceso científico: objetivo, métodos, resultados y conclusión(es); además estos cuatro elementos mencionados deberían presentarse en un orden lógico y si el resumen se presentara en más de un párrafo, dichos párrafos deberían corresponder con cada una de esas cuatro *moves*.

Narine [et al.] (1991), tras examinar varias de las normas y directrices que se ofrecen para analizar la calidad de resúmenes de artículos originales de investigación, elaboraron una serie de criterios que trataban de comprobar dicha calidad y que utilizaron en su estudio realizado a 33 resúmenes de artículos originales de investigación publicados en *Canadian Medical Association Journal* en 1989. Son ocho las categorías que estos autores establecieron, estando cada uno de estos criterios justificado por una batería de preguntas plasmadas en una lista de control. La lista que elaboraron estos autores queda de la siguiente manera:

Categorías	Preguntas de control
Objetivo	¿Se da información sobre el objetivo?
	¿Se expone explícitamente el objetivo?
	¿Se distingue el propósito principal de los secundarios?
Diseño de la investigación	¿Se da alguna información sobre el diseño de la investigación?
	¿Se usaron descriptores técnicos?
	Si es un estudio de seguimiento ¿aparece la duración del mismo?
Escenario	¿Se da información sobre el escenario de la investigación?
	¿Se indica el nivel de cuidado médico?
Sujetos	¿Se da información sobre los sujetos?
	¿Se ofrecen características demográficas comunes?
	¿Se usaron descriptores técnicos para la selección de los sujetos?
	¿Se indica el número de sujetos?
	¿Se indica la tasa de respuesta y la de negativa?
	¿Se indica el número de abandonos y pérdidas?
	Si las muestras fueron emparejadas ¿se ofrecen las características de emparejamiento?
Intervención	¿Se da información sobre la intervención?
	¿Se ofrecieron los nombres más comunes y los sinónimos comunes?
	¿Se da una descripción?
	¿Se indica la duración?
Medición de variables	¿Se da información sobre las medidas?
	¿Se identifican de manera explícita las variables?
	¿Se indica la fuente de los datos?
Resultados	¿Se ofrecen los resultados?
	¿Se relacionan directamente con el propósito?

	¿Se ofrecen datos numéricos apropiados?
Conclusiones	¿Se hace alguna conclusión?
	¿Se relacionan directamente con el objetivo?
	¿Son consistentes con los resultados?
	¿Se mencionan las limitaciones del estudio?
	¿Se mencionan las implicaciones del estudio?
	¿Hay recomendaciones para estudios posteriores?

Tabla 22. Criterios para analizar la calidad de resúmenes de artículos originales de investigación. Fuente: Narine [et al.] (1991).

Aparte de establecer estos criterios, Narine [et al.] (1991) se dieron cuenta tras el análisis que los resúmenes publicados en CMAJ en 1989 presentaban algunas deficiencias, puesto que muchos de ellos tienden a presentar conclusiones que no se extraen ni deducen de los hallazgos, además de poner demasiado énfasis en las conclusiones positivas, no presentando en muchas ocasiones las limitaciones del estudio en las mismas. “*La omisión de información importante en resúmenes tradicionales observados en nuestro estudio refuerza la necesidad de un formato más sistemático, como el que se propone para los resúmenes estructurados, aunque no deben ser considerados como la panacea*” (p. 453). Esta información perdida en los resúmenes podría haber ayudado a los lectores, en muchos casos, en la determinación de la relevancia potencial del estudio para su práctica clínica.

Son varias las limitaciones del estudio de Narine [et al.] (1991), entre ellas: se refiere sólo a un año y no se comparó el contenido de los resúmenes con el contenido completo del artículo para determinar si la calidad del resumen refleja la calidad del artículo. Lo ideal es que la calidad de los resúmenes debería ser medida en comparación con otras revistas, para otros años y entre autores de diferentes especialidades médicas. Ellos no aseguran la precisión, aunque los errores son más obvios y menos que en los tradicionales.

Los estudios de Taddio [et al.] (1994) y Wong [et al.] (2005) tomaron como base la lista estructurada en ocho categorías que elaboraron Narine [et al.] (1991) para llevar a cabo su estudio de calidad de resúmenes. Ambos estudios superaron las limitaciones del estudio de Narine [et al.] puesto que en sendos trabajos compararon los resúmenes de más de una revista y en más de un año.

Taddio [et al.] (1994) compararon la calidad de 300 resúmenes estructurados y resúmenes no estructurados de los artículos de investigación originales aparecidos en tres revistas médicas: *British Medical Journal*, *Canadian Medical Association Journal* y

Journal of the American Medical Association. Los no-estructurados fueron seleccionados en los años 1988 y 1989 y los estructurados en 1991 y 1992.

Los objetivos de este estudio de Taddio [et al.] (1994) fueron tres: en primer lugar, evaluar la calidad de los resúmenes de investigaciones originales en tres revistas médicas antes y después de la aplicación del formato estructurado; en segundo lugar, comparar la calidad en su conjunto (global) de los resúmenes estructurados frente a los tradicionales no estructurados; y, por último, determinar si hay diferencias entre ambos tipos de resúmenes en las tres revistas seleccionadas.

Las conclusiones de este estudio fueron claras: los resúmenes estructurados recibieron mayor puntuación de calidad que los no-estructurados, lo que sugiere que el formato estructurado es significativamente preferible al tradicional puesto que ofrece una información más completa directamente relacionada con el diseño de dicho resumen; este diseño ofrece un marco de trabajo para introducir la información adecuada y motivar al lector en la recuperación de dicha información, eso sí, corriendo el riesgo de reducir la probabilidad de leer el artículo entero y dar una idea de calidad errónea puesto que la calidad del resumen puede no reflejar la calidad del artículo. Sin embargo, los resúmenes estructurados, pese a ser más consistentes, pueden tener un resultado imperfecto de calidad debido a la falta de espacio asignado a dichos resúmenes por las revistas médicas y a la incapacidad de los investigadores de resumir de manera concisa sus investigaciones.

Harbourt, Knecht & Humphreys (1995) investigaron los resúmenes estructurados en revistas biomédicas indizadas en MEDLINE en un periodo comprendido entre 1989 y 1991 para comprobar la repercusión de los mismos en la recuperación bibliográfica. Los resultados mostraron que el número de revistas que reclaman este tipo de resumen se ha incrementado sustancialmente en dicho periodo de tiempo, siendo la publicación *British Medical Journal* la que más aumento en resúmenes estructurados en esos tres años; aunque mencionan que el formato de dicho resumen estructurado difiere según la revista de la que se trate, sin embargo todas ellas requirieron explícitamente segmentos de texto identificados. Estos autores concluyen que estos datos hacen que sea complicado desarrollar sistemas automáticos “*que puedan aprovechar la estructura para intensificar la recuperación bibliográfica*” (p. 195), de ahí que afirmen que la necesidad de realización de más investigaciones relacionadas con la calidad y utilidad de este tipo de resúmenes sea importante.

Scherer & Crawley (1998) llevaron a cabo un estudio relacionado con el uso de resúmenes estructurados publicados entre 1991 y 1994 en tres revistas relacionadas con la oftalmología: *Archives of Ophthalmology* (1992-1994), *Ophthalmology* (1991-1993) y *American Journal of Ophthalmology* (1991-1994). A raíz de este estudio, llegaron a la conclusión que existen una serie de deficiencias en los resúmenes relacionadas con la omisión en dichos resúmenes, por parte de los autores, de la información relativa a la descripción de la población de estudio, las consecuencias principales o el número de pacientes a los que se les ha hecho el seguimiento.

Por su parte, Hartley & Benjamin (1998) analizaron los resúmenes estructurados aparecidos en cuatro revistas relacionadas con la Psicología y que empezaron en 1997 a publicar resúmenes en este formato: *British Journal of Cliniccak Psychology*, *British Journal of Educational Psychology*, *British Journal of Healt Psychology* y *Legal and Criminological Psychology*. Tras el estudio de los resúmenes extraídos llegaron a la conclusión de que los resúmenes estructurados son más legibles, accesibles, largos, fáciles de buscar y más informativos que los escritos en formato tradicional.

Pitkin, Branagan & Burmeister (1999) analizaron la precisión de los resúmenes en seis revistas médicas en un año, concretamente entre el 1 de julio de 1996 y el 30 de junio de 1997: *Annals of Internal Medicine*, *BMJ*, *JAMA*, *Lancet*, *New England Journal of Medicine* y *CMAJ*. En el análisis de estos resúmenes encontraron dos tipos de discrepancias que hacen que los resúmenes sean considerados deficientes: los datos que se ofrecen en el resumen difieren con los que aparecen en el cuerpo del artículo y, en segundo lugar, hay datos que se ofrecen en el resumen que no aparecen en el documento completo, siendo la primera de ellas la más común entre las dos deficiencias; el rango de resúmenes con alguna de estas inconsistencias rondó del 18% al 68% (Pitkin, Branagan & Brumeister 2000).

Para Hartley (1999) estos resúmenes estructurados son muy beneficiosos para el lector de los mismos, porque fuerza al autor del resumen a ser más explícito sobre su contenido, haciendo el resumen más sistemático. Con el resumen estructurado es más difícil dejar fuera alguna información esencial y variar la secuencia sistemática y lógica de la información presentada, es decir, se hacen más informativos (Hartley, 2000). A esto se suma que esta estructura mejora su presentación a los lectores y ayuda en la búsqueda y recuperación de detalles e informaciones particulares de forma más fiel y rápida que en los tradicionales (Hartley, Sydes & Blurton 1996). Narine [*et al.*] (1991):

el conocimiento de la información sobre los autores y el título del artículo puede influenciar la evaluación de un resumen (p. 452).

Centrándose en un campo concreto de la biomedicina, el estudio de Dupuy [*et al.*] (2003) trata de analizar la calidad de resúmenes en las tres principales revistas en Dermatología: *Archives of Dermatology*, *The British Journal of Dermatology* y *Journal of the American Academy of Dermatology*. Su estudio se centró en la comparación de 197 resúmenes tanto estructurados como no estructurados de estudios clínicos (excluyendo de los mismos a los casos clínicos, las series de casos y las revisiones) en dichas revistas en el año 2000, año en el que aparecían en sendas publicaciones los dos tipos de resúmenes y así poder proceder a su comparación. Los descriptores que se analizaron se basaron en el estudio de Narine [*et al.*] realizado en 1991, y que anteriormente hemos analizado, basado en ocho categorías: objetivos, diseño, escenario, sujetos, intervención, medida de variables, resultados y conclusiones. Los resultados encontrados en dicho estudio revelaron unas diferencias significativas tanto entre las revistas como en la primacía de los resúmenes estructurados frente a los no estructurados o tradicionales, principal explicación de dichas diferencias. Estos autores encontraron dos hechos significativos: por un lado, que los resúmenes estructurados eran más informativos que los no estructurados; y, en segundo lugar, que en dos de las revistas analizadas (*The British Journal of Dermatology* y *Journal of the American Academy of Dermatology*) se omite información de categorías fundamentales como es la de escenario o contexto. Dupuy [*et al.*] llegaron a la conclusión que los resúmenes estructurados, a raíz de introducir un encabezamiento específico, son idóneos para asegurar que toda la información importante esté presente en dicho resumen y ganar en legibilidad.

El estudio de Wong [*et al.*] (2005), que antes hemos mencionado, siguió, diez años más tarde, la misma línea de investigación que el estudio de Taddio [*et al.*] (1994) evaluando y comparando el cambio en la calidad de los resúmenes de artículos originales de tres revistas médicas –*British Medical Journal*, *Canadian Medical Association Journal* y *Journal of the American Medical Association*– de 2001 a 2002 y, a su vez, en relación a los diez años transcurridos desde el estudio de Taddio.

Este estudio demuestra, en los diez años de seguimiento del estudio de Taddio en las mismas tres revistas, que la ventaja del resumen estructurado frente al no-estructurado o convencional para ofrecer información más completa y diversificada a los lectores es patente y similar, porque el esquema en el que se basan los resúmenes

estructurados sigue permitiendo a los autores organizar la información de forma más clara y eficaz, ayudándolos a no descuidar cierta información importante.

Nakayama [et al.] (2005) elaboraron un estudio sobre el formato de 304 resúmenes, tanto estructurados (188) como no-estructurados (116) publicados en las 30 revistas con mayor factor de impacto mencionadas en la categoría de “*Medicina, General e Interna*” del *ISI Journal Citation Report* del año 2000. En este estudio llegaron a varias conclusiones: una es que pese a ser lo más extendido, todavía hay publicaciones que no abogan por los resúmenes estructurados ni en sus instrucciones para los autores remiten a ellos. La segunda tiene que ver con el formato de los resúmenes estructurados en dichas publicaciones: un 66,5% de los artículos usan el formato IMRAD (introducción, métodos, resultados y conclusión) y sólo un 33,5% utilizan el formato de ocho encabezamientos (objetivo, diseño, contexto, pacientes o participantes, intervenciones, principales medidas, resultados y, por último, conclusiones).

Green & Johnson (2006) describieron en su estudio cómo y por qué escribir un caso clínico para la publicación en una revista con revisión. Ellos, como hemos descrito en apartados anteriores, analizaron la estructura de las subsecciones del texto incluyendo entre ellas la del resumen estructurado para un caso clínico: introducción, caso clínico/métodos, resultados, discusión y palabras claves, esa es la estructura que propone para ellos. A raíz de establecer la estructura del resumen para este tipo de género científico, estos autores elaboraron una lista de control que se podría utilizar como elemento de validación de la calidad del resumen. Entre los criterios que proponen y enuncian están: ¿el resumen tiene una extensión igual o menos de 250 palabras?, ¿el resumen está escrito en un formato estructurado?, ¿el objetivo/propósito está claramente enunciado?, ¿las partes más importantes de la administración del paciente están puestas de relieve en la subsección de métodos del resumen?, ¿los resultados principales se presentan en la subsección de resultados?, ¿la discusión resume la contribución a la literatura y enuncia la conclusión global aprendida del estudio? y ¿los términos de indización claves están extraídos de los subencabezamientos médicos PubMed?

La investigación de Sharma & Harrison (2006) se centró en la evaluación del impacto de calidad de los formatos de resúmenes estructurados y no-estructurados de seis revistas relacionadas con la odontología: *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, *British Dental Journal*, *Cleft Palate-Craniofacial Journal*,

European Journal of Orthodontics, *Journal of Dental Research* y *Journal of Orthodontics*, publicados entre enero de 1995 y diciembre de 1998. La lista de control para analizar y evaluar la calidad de los resúmenes está basada en los criterios recomendados por *Ad Hoc Working Group*.

Tras el análisis de los resúmenes recuperados estos autores establecieron tres conclusiones diferentes: la calidad de información en el resumen es mayor en las revistas que utilizan para sus resúmenes el formato estructurado frente al no-estructurado; la calidad de la información en el resumen se incrementa cuando una revista cambia al formato estructurado; y, en tercer y último lugar, existe una diferencia significativa entre la calidad informativa de los resúmenes estructurados si los comparamos con los resúmenes no estructurados.

La calidad del resumen para Aitken & Marshall (2007), por su parte, pasa por la respuesta a cuatro preguntas que son, también, la consecuencia de la estructura que ellos proponen para los casos clínicos -introducción, descripción del caso y discusión y conclusión: ¿el resumen refleja con exactitud el manuscrito completo?, ¿está estructurado de acuerdo a las directrices que propone la revista?, ¿el resumen expone claramente el problema clínico o el aspecto de cuidado a revisar? y ¿el resumen expone de manera clara el mensaje educacional del caso clínico?.

Un estudio sobre la comprensión lingüística de la estructura retórica y la postura del autor llevado a cabo por Pho (2008) nos da las claves para realizar un análisis de los resúmenes de artículos científicos. El esquema para el análisis que propone establece cinco *moves* que analizarían la pertinencia del resumen y establecería la calidad del mismo: situación de la investigación, es decir, establecer el escenario para la investigación actual; presentación de la investigación, en la que se expone el objetivo del estudio, las cuestiones a investigar o la hipótesis de la investigación; descripción de la metodología: materiales, sujetos, variables, procedimientos...; resumen de los hallazgos principales del estudio; y discusión de la investigación, que incluiría la interpretación de los resultados y la exposición de recomendaciones, implicaciones y aplicaciones del estudio. La presencia en mayor o menor medida de estas *moves* en el resumen hará que se ajusten a un esquema de calidad.

Johnson & Green (2009) examinaron una serie de errores comunes de los que adolecen muchos de los resúmenes que acompañan a los documentos originales; estos errores hacen que los resúmenes pierdan calidad, exhaustividad y claridad informativa. Entre los errores que mencionan y que cuestionan la buena elaboración de los mismos

se encuentran: exceder el número de palabras permitidas por la revista; formato incorrecto del resumen (no estructurado en vez de estructurado, por ejemplo); falta de detalles suficientes para resumir correctamente el artículo; omitir hallazgos principales o resaltar consecuencias sin trascendencia; y, por último, el contenido del manuscrito o los hallazgos del estudio se reflejan con inexactitud. Para solucionar estos errores y reducir la poca calidad informativa de los resúmenes que se publican en las revistas biomédicas, estos autores proponen ofrecer detalles básicos y primordiales del estudio para que el lector pudiera conocer lo que ofrece el documento completo, y representar en el resumen todas y cada una de las secciones del artículo. La ausencia de estos errores hará que los resúmenes se puedan recuperar más fácilmente en bases de datos y sistemas de indización.

Estos autores, proponen una serie de preguntas para evaluar y verificar que los resúmenes se ajustan a los principios de calidad informativa que propugnan las revistas biomédicas y las guías y directrices para la elaboración de resúmenes de calidad: ¿el resumen cumple la longitud requerida por la revista? ¿el resumen está en el formato correcto para la revista? ¿el resumen ofrece suficientes detalles para resumir correctamente y de manera fiel el artículo? ¿el resumen contiene los hallazgos principales del trabajo? y ¿el resumen refleja adecuadamente el contenido del manuscrito?

Izquierdo Alonso & Moreno Fernández (2009) elaboraron una *checklist* que contenía una variedad de parámetros de revisión para poder elaborar un buen resumen. Estas estrategias basadas en la enseñanza y el aprendizaje del proceso resumidor nos ayudarán a analizar si un resumen tiene consistencia y es de calidad desde un punto de vista pragmático-documental. Ellos estructuran esos parámetros en distintos niveles: semántico-discursivo, retórico-formal, sintáctico-gramatical, léxico, estilo y convenciones genéricas. Así pues, sus recomendaciones prácticas quedarían de la siguiente manera:

Revisión de contenido
¿El contenido del resumen es coherente con el del original, respetando los principios de integridad, objetividad y exactitud?
¿Se respeta el principio de textualidad en el resumen?
¿Se reflejan los contenidos más relevantes en cada una de las secciones- <i>moves</i> del resumen?
¿Se formula el objetivo del estudio de forma clara?
¿Se distinguen los objetivos principales de los secundarios?

¿La sección de métodos incluye todos los elementos de diseño metodológico de un modo equilibrado?
¿Se señala el tipo de estudio llevado a cabo?
¿En el resumen se ofrecen los resultados más significativos?
¿Se presentan los resultados en el mismo orden en el que aparecen en el texto original?
¿Se incluyen conclusiones?
¿En las conclusiones se incluyen las limitaciones, las implicaciones y las recomendaciones del estudio?
¿Se ofrece más información de la que requiere un resumen documental?
¿Se utilizan adecuadamente los marcadores discursivos para conectar las distintas ideas del texto de las diferentes frases y párrafos?
¿La información se presenta de modo completo, consistente y coherente?
Revisión discursiva y argumentativa
¿Se ha respetado la estructura retórica del documento a resumir y ésta tiene su reflejo en el resumen?
¿Se trata equilibradamente cada una de las <i>moves</i> ?
¿El resumen está debidamente estructurado, con distribución equitativa de la información en cada una de las secciones del resumen?
Revisión sintáctica
¿Se han respetado las reglas gramaticales, ortográficas y de puntuación?
¿Cada verbo tiene su sujeto?
¿Existe concordancia entre el sujeto y el verbo?
¿El orden de los elementos de la oración es el adecuado?
¿Se cuida la estructura sintáctica?
¿Se ha simplificado la secuencia de palabras de una oración?
¿La longitud de las oraciones es la apropiada?
¿Se han cohesionado todas las frases de manera lógica?
¿Se cuida el empleo innecesario de gerundios, adjetivos y adverbios?
Revisión terminológica
¿Se respeta la fraseología y terminología del texto original?
¿Se evita la redundancia de términos?
Revisión de estilo
¿El estilo del resumen es claro y fluido?
¿Qué grado de legibilidad tiene el resumen?
¿Se puede comprender con una sola lectura?
¿Utiliza un tono impersonal?
¿Se respeta la imparcialidad como garantía de la objetividad del resumen?
¿Se emplea un estilo adecuado al tipo de texto, tono y registro del documento original?
¿Se utiliza un vocabulario rico y acorde con el tipo de texto a resumir?
¿Las formas y voces verbales son las adecuadas?
¿Las siglas, los acrónimos y los símbolos son lo suficientemente explícitas?
¿Se respetan las convenciones unipárrafo en caso de pedirse un resumen discursivo-narrativo?

¿La estructura retórica del resumen sigue el orden secuencial de la estructura informativa del original?
¿Se reflejan todos los <i>moves</i> retóricos del resumen requerido en la actividad resumidora?
En caso de un resumen estructurado multipárrafo ¿están todos los párrafos equilibrados y conexiados adecuadamente?
¿Refiere cada uno de ellos a una sección retórica?
Convenciones genéricas
¿Se incluyen todos los elementos de contenido según el tipo de resumen requerido?
¿Se adapta el resumen al género textual/tipo de texto y requerimientos de la comunidad sociorretórica de usuarios?
¿Se respetan las convenciones de presentación y estilo de normas y recomendaciones?

Tabla 23. Parámetros de revisión para establecer la calidad de un buen resumen. Fuente: Izquierdo Alonso & Moreno Fernández (2009).

También la calidad de los resúmenes estructurados ha sido estudiada desde el punto de vista tipográfico; los resúmenes estructurados publicados en las revistas médicas ofrecen una amplia variedad de formatos tipográficos: no sólo varía la posición y la configuración tipográfica, sino que también existe una amplia variedad de especificaciones tipográficas usadas para indicar los subencabezamientos: en negrita, en negrita mayúscula, itálica, itálica en mayúscula..., que deberían empezar en una nueva línea y en sangrado (Hartley 1997). Algunas revistas, además, incluyen una línea de espacio antes del nuevo subencabezamiento y aparecen centrados sobre la parte superior del texto en dos columnas enmarcados entre dos líneas (Hartley & Sydes 1996).

III. Análisis de la calidad estructural de los resúmenes de los casos clínicos aparecidos en *Acta Cardiológica*, *Acta Clínica Bélgica* y *Actas Urológicas Españolas*

Una vez presentado el marco teórico y contextual de la literatura biomédica, del caso clínico como género discursivo y del resumen del caso clínico como herramienta documental, nos vamos a centrar en el estudio específico de los casos clínicos para las especialidades discursivas seleccionadas en nuestra investigación (medicina interna, cardiología y urología). En este apartado: a) formulamos los objetivos del diseño operativo que complementan y especifican los presentados en el apartado introductorio de la tesis: b) aludimos a cuestiones de metodología general del estudio de caso o caso clínico, centrándonos en dos herramientas conceptuales básicas (la matrices conceptuales y el diseño de metamodelo retórico- estructural para el estudio del caso clínico biomédico): c) y nos centramos en el diseño de la investigación propiamente tal, con aspectos relativos a la recogida de datos generales (elección de revistas y vaciado de las mismas) y al cuestionario para la identificación de elementos para la calidad retórico-informativa en los resúmenes objeto de nuestra investigación. Dicho cuestionario-plantilla nos permitirá identificar las variables de análisis y recoger la información pertinente que será posteriormente analizada e interpretada.

III.1. Objetivos del diseño operativo

- a) Analizar la representatividad y validez informativa del resumen documental en los casos analizados.
- b) Valorar la adecuación de los distintos resúmenes a la estructura textual de los tipos de comunicación biomédica estudiados: según la propia estructura del texto base o bien atendiendo a las recomendaciones que para la redacción de los resúmenes proponían los consejos editoriales de las revistas o la normativa estilística de la comunidad científica biomédica.
- c) Estudiar la correspondencia estructural de estos resúmenes con las propuestas de los autores que han estudiado los resúmenes del caso clínico y el artículo de revisión en contextos de especialización biosanitarias.

Una vez establecidos en la sección anterior los antecedentes para nuestro estudio, y la justificación del mismo, podríamos establecer unos objetivos generales que enmarcarán unos objetivos específicos que irán articulando el análisis de los resúmenes de los casos clínicos que vamos a realizar.

Este trabajo se centra en el diseño de la estructura retórica del resumen del caso clínico, para:

- Profundizar en el estudio del caso clínico desde diferentes especialidades médicas, precisándolo conceptualmente y diseñando una propuesta integradora de su estructura retórica. Ver si hay subtipos según la disciplina y metodologías de investigación.
- Analizar la calidad del resumen de los casos clínicos en las revistas de la base de datos Medline, concretamente de las tres primeras revistas de Medline, con mayor factor de impacto en distintas áreas científicas –Cardiología, Medicina Interna y Urología- que empleen ese tipo documental y de distintos ámbitos geográficos diferenciados.
- Proponer la normalización de la estructura del resumen del caso clínico basándonos en las propuestas realizadas por diferentes autores en diversos estudios llevados a cabo y por los comités editoriales de las revistas.
- Mejorar la calidad de los resúmenes estructurados y en especial del resumen de las notas clínicas desde el punto de vista del ADC y de la RI.

Estos objetivos generales que acabamos de mencionar, y que vamos a desarrollar a lo largo de la investigación que se va a realizar, encuadran unos objetivos específicos que han ido enmarcando la revisión de la literatura llevada a cabo hasta ahora y serán la base del posterior diseño de la investigación que vamos a desarrollar de ahora en adelante:

- Estudio del lenguaje científico y la estructura de la biomedicina como punto de partida para contextualizar el desarrollo del género biomédico de los casos clínicos.
- Establecimiento de las características esenciales, los fines y la estructura de los casos clínicos.
- Análisis discursivo textual sobre muestras de resúmenes concretos para caracterizar la naturaleza del tipo documental y generalizar su estructura desde el uso que hace de ella la comunidad científica biomédica.

- Estudio y sistematización de las investigaciones llevadas a cabo, desde distintas perspectivas, en relación a la calidad de los resúmenes de los casos clínicos. Estudio de las normativas elaboradas por los organismos internacionales y nacionales, Comités Médicos editoriales y propuesta de normalización.
- Estudio del comportamiento de las revistas de mayor impacto en Medline en relación a la publicación de casos clínicos.

Todos estos objetivos se materializan en una metodología concreta que vamos a mencionar a continuación.

III.2. Metodología general para el estudio de los resúmenes de caso clínico

La investigación que planteamos en esta tesis doctoral es de carácter exploratorio y descriptivo, y se desarrolla combinando la metodología cuantitativa y cualitativa.

La primera parte de la investigación se ha centrado en la búsqueda bibliográfica de aspectos tales como: características del lenguaje biomédico, géneros en la biomedicina y estudio pormenorizado de los casos clínicos; todo ello reforzado por una metodología de análisis del discurso para la generalización de características del tipo biomédico y la inducción de las categorías retóricas para su estructura documental. Por otra parte, el estudio de la calidad de los resúmenes de los casos clínicos constituirá otra de los pilares de nuestro estudio. La parte objetiva de la investigación está relacionada con la revisión comparativa de estudios y directrices para la redacción de resúmenes biomédicos y casos clínicos. Por otra parte, el aspecto subjetivo de la investigación se basará en las directrices de comisiones editoriales biomédicas como el Ad Hoc Working Group para la realización de resúmenes estructurados, los comités normalizadores de resumen documental y los autores que analizan la estructura retórica del género caso clínico. En función de dichas directrices e investigaciones se ha realizado un cuestionario que engloba diversas preguntas relacionadas con la calidad del resumen de los casos clínicos que serán cotejadas con los resúmenes de los casos clínicos que hemos seleccionado para nuestro estudio de las tres revistas objeto de estudio.

III.2.1. Matrices Conceptuales

Como herramientas de análisis conceptual hemos utilizado una serie de matrices o tablas conceptuales fundamentales para el diseño de nuestro *modelo de resumen estructurado de caso clínico* que quedan detalladas en los cuatro epígrafes siguientes: a) revisión de estudios relevantes sobre la estructura del documento científico en general y el resumen biomédico en particular; b) estudio de autores que analizan la organización retórica del caso clínico; c) instrucciones de comités editoriales de revistas biomédicas, directrices y normas de instituciones biomédicas internacionales para el resumen biomédico y d:) revisión de estudios relevantes sobre estructura esquemática de caso clínico: investigadores relevantes del tema y guías e instrucciones editoriales de revistas biomédicas para la redacción de resúmenes de casos.

Este proceso sistemático-conceptual es el resultado claro de la detallada revisión bibliográfica descrita en el epígrafe dos de esta tesis doctoral y que nos ha permitido abordar el tema con una mayor precisión y, al mismo tiempo, tener una panorámica exhaustiva de las distintas investigaciones y metodologías llevadas a cabo por estudiosos de la calidad de resúmenes en biomedicina.

Junto a la revisión de autores que han abordado el tema del análisis de género del caso clínico, del resumen biomédico en general y del caso clínico en particular, hemos tenido en cuenta cuestiones relativas a la política científica y las normativas en materia de edición y publicación. Para ello, se han revisado las normas y recomendaciones nacionales e internacionales de elaboración de resúmenes para publicaciones científicas, articulando una serie de ítems que nos ayudarán a establecer la calidad desde un punto de vista subjetivo. A través de esta técnica exploratoria que hemos analizado y resumido en los cuatro epígrafes siguientes de este trabajo hemos diseñado un cuestionario-plantilla que recoge las características retórico-estructurales de esta tipología documental biomédica y que nos va a servir para extraer los datos necesarios para llevar a cabo nuestro estudio y extraer conclusiones al respecto. Este cuestionario está elaborado a partir del metamodelo que ya hemos presentado en el que se recoge la estructura-modelo de un resumen de caso clínico.

II.2.1.1. Estructura de los resúmenes biomédicos según los estudiosos de estructuras retóricas de documentos científicos en general

La estructura de los resúmenes biomédicos ha sido estudiada por diversos autores; un esquema de dichos estudios, que ha servido de base para la elaboración de nuestro cuestionario para la recogida de datos, es el que se ofrece a continuación:

Bobenrieth 1994	Day 1979	Izquierdo Alonso & Moreno & Fernández 2009	O'Connor 1996	Weissberg 1990
<i>Objetivos e hipótesis de la investigación</i> <i>Métodos empleados</i> <i>Tiempo</i> <i>Lugar</i> <i>Sujetos</i> <i>Intervención efectuada</i> <i>Principales resultados</i> <i>Conclusiones principales</i>	<i>Objetivo</i> <i>Diseño</i> <i>Contexto</i> <i>Sujetos, participantes, pacientes</i> <i>Intervenciones</i> <i>Medición del desenlace</i> <i>Resultados principales</i> <i>Conclusión</i>	<i>Objetivos</i> <i>Metodología</i> <i>Resultados</i> <i>Conclusiones</i>	<i>Objetivo</i> <i>Diseño</i> <i>Contexto</i> <i>Pacientes</i> <i>Tratamiento</i> <i>Resultados</i> <i>Conclusión</i>	<i>Información básica</i> <i>Principal objetivo del estudio</i> <i>Cobertura y alcance</i> <i>Metodología usada</i> <i>Resultados más importantes</i> <i>Conclusión o recomendación</i>

Tabla 24. Estructura de resúmenes biomédicos según los estudiosos sobre el tema. Fuente: elaboración propia

Salager-Meyer 1990	Liddy 1991	Maher 1992	Santos 1996
<i>Mención del problema</i> <i>Objetivo</i> <i>Métodos</i> <i>Resultados</i> <i>Conclusiones</i> <i>Recomendación</i>	<i>Antecedentes/trasfondo</i> RELACIÓN CON OTRA INVESTIGACIÓN Nuevos términos definidos Institución Persona responsable Localización del estudio OBJETIVO HIPÓTESIS Variable independiente Variable dependiente Temas de investigación EJE DE LA INVESTIGACIÓN METODOLOGÍA SUJETOS SELECCIÓN DE LA MUESTRA Población de control Nº de experimentos Periodo de tiempo PROCEDIMIENTOS CONDICIÓN Materiales RECOGIDA DE DATOS Análisis de datos RESULTADOS Fiabilidad/consistencia DISCUSIÓN Características únicas Limitaciones CONCLUSIONES Significado de los resultados IMPLICACIONES Aplicaciones prácticas Futuras investigaciones necesarias APÉNDICES REFERENCIAS Tablas	<i>Función u objetivos específicos de la investigación</i> <i>Metodología</i> Número y tipo de pacientes Métodos analíticos de observación <i>Principales resultados</i> <i>Conclusiones principales</i>	<i>Situando la investigación</i> Hacer constar el conocimiento actual y/o Citar una investigación actual y/o Ampliar una investigación actual y/o Hacer constar un problema <i>Presentando la investigación</i> Indicar principales acontecimientos y/o Indicar el objetivo principal y/o Plantear una hipótesis <i>Describiendo la metodología</i> <i>Resumiendo los resultados</i> <i>Discutiendo la investigación</i> Presentar conclusiones y/o Dar recomendaciones

Tabla 25. Estructura de resúmenes biomédicos según los estudiosos sobre el tema. Fuente: elaboración propia

Narine [et al.] 1991; Taddio [et al.] 1994; Dupuy [et al.] 2003; Wong [et al.] 2005	Kaplan [et al.] 1994	Martín Martín 2003	Cross & Oppenheim 2006	Pho 2008
<i>Objetivo</i> Objetivo principal Objetivo secundario <i>Diseño de la investigación</i> <i>Escenario</i> Escenario de la investigación Nivel de cuidado clínico <i>Sujetos</i> Características demográficas Selección de sujetos Número de sujetos Tasa de respuesta Número de abandonos <i>Intervención</i> Descripción Duración <i>Medición de variables</i> Información sobre medidas Explicación de variables Fuente de datos <i>Resultados</i> Relación con los propósitos <i>Conclusiones</i> Conclusiones Relación con el objetivo Relación con los resultados Limitaciones Implicaciones Recomendaciones para estudios posteriores	<i>Introducción</i> <i>Métodos</i> <i>Resultados</i> <i>Conclusiones</i>	<i>Introducción</i> Establecer un campo/territorio Establecer un hueco Ocupar el hueco <i>Metodología</i> <i>Resultados</i> <i>Conclusiones</i>	<i>Relación con otra investigación</i> <i>Objetivo</i> <i>Metodología</i> Sujetos Aparatos Procedimientos Variables de la investigación <i>Resumiendo los resultados</i> Hallazgos más importantes <i>Discutiendo la investigación</i> Conclusiones Recomendaciones	<i>Situar la investigación</i> <i>Presentar la investigación</i> Objetivo Hipótesis <i>Descripción de la metodología</i> Materiales Sujetos Variables Procedimientos <i>Resumen de los hallazgos</i> <i>Discutir la investigación</i> Interpretación de los resultados Recomendaciones Implicaciones Aplicaciones

Tabla 26. Estructura de resúmenes biomédicos según los estudiosos sobre el tema. Fuente: elaboración propia

II.2.1.2. Estructura de los casos clínicos según diversos estudios de autores centrados en el análisis de género biomédico

La estructura sobre las distintas partes en las que se debería estructurar un caso clínico ha sido analizada por diversos autores centrados en el análisis de este género biomédico. Un ejemplo de ello, y que sirve como base para la elaboración de nuestro cuestionario de recogida de datos, es el resumen que aparece a continuación.

Piqué-Angordans & Posteguillo 2006	López Rodríguez 2000	Duke 1974; Riley 1975; Huth 1992; Caldeiro 1993; Salager-Meyer 1994; Khan & Thompson 2002; Oliver del Olmo 2004; Drenth <i>[et al.]</i> 2006; Morales <i>[et al.]</i> 2007; Aitken & Marshall 2007	Reyes Ortíz 2001; Chelvarajah & Bycroft 2004; Pertuzé 2006; Green & Johnson 2006; Merino-Trujillo 2009	Roland 1968
Presentación de síntomas y signos del caso a estudiar	Introducción	Introducción Justificación del caso	Título	Introducción
Descripción de las pruebas	Descripción del caso	Descripción del caso clínico	Resumen	Historia del caso
Presentación de posibles diagnósticos	Discusión del caso	Identificación del paciente y Historia clínica presente y pasada	Palabras claves	Discusión y conclusiones
Tratamiento administrado	Métodos de la investigación	Historia social	Introducción	
Evaluación de los resultados obtenidos	Resultados	Problemas actuales	Descripción del caso	
	Discusión	Hallazgos en los exámenes	Discusión, comentarios y evaluación	
		Discusión, comentarios y evaluación	Conclusiones	
		Evaluación	Recomendaciones	
		Discusión	Agradecimientos	
		Aplicación clínica, educativa y de investigación	Referencias	
		Conclusiones	Elementos gráficos (radiografías, ecografías), tablas, figuras y notas	

Tabla 27. Estructura de los casos clínicos según diversos autores. Fuente: elaboración propia

DeBakey & DeBakey 1983	Squires 1989	Huston & Squires 1996	Iles & Piepho 1996	Green & Johnson 2000
<i>Introducción</i> Tema Propósito Justificación <i>Descripción del caso</i> Identificación del paciente Exámenes físicos Evaluación del diagnóstico Tratamiento médico o quirúrgico Seguimiento clínico después del tratamiento <i>Comentario o discusión</i> Características y problemas Significado Relación con casos previos Nuevo conocimiento o perspectiva que añade <i>Resumen o conclusiones</i> <i>Referencias</i> <i>Tablas, gráficos o ilustraciones</i>	<i>Introducción</i> <i>Descripción del caso</i> <i>Comentarios</i> Discusión Cobertura y profundidad de la búsqueda bibliográfica Sugerencia de nuevas investigaciones	<i>Resumen</i> <i>Introducción</i> Contexto del caso <i>Descripción del caso</i> Historia del paciente Enfermedad Técnicas de diagnóstico <i>Comentarios</i> Resumen de los datos Explicaciones y refutaciones Límites Repercusiones del caso	<i>Introducción</i> Importancia del caso Estudios previos <i>Descripción del caso</i> Información del paciente y sintomatología Historia médica y social Mediciones usadas Resultados del examen del paciente y pruebas de laboratorio Diagnósticos Tratamiento <i>Discusión o comentarios</i> Discusión de los hallazgos Interpretación Implicaciones Futuras investigaciones <i>Conclusiones</i> <i>Referencias</i>	<i>Título</i> <i>Resumen estructurado</i> <i>Introducción</i> <i>Caso clínico (métodos)</i> Descripción del paciente Descripción de las medidas tomadas Protocolos Tratamientos <i>Discusión</i> Descripción de nuevos hallazgos Sugerencias o hipótesis Futuras investigaciones <i>Conclusión</i> <i>Agradecimientos</i> <i>Referencias</i> <i>Tablas</i> <i>Figuras e ilustraciones</i>

Tabla 28. Estructura de los casos clínicos según diversos autores. Fuente: elaboración propia

McCarthy & Reilly 2000	Khan & Thompson 2002	Peh 2008, 2010	Jamjoom, Nikkar- Estahami & Fitzgerald 2009	Cohen 2006
<i>Resumen</i> Problema clínico Revisión bibliográfica Recapitulación del caso <i>Historia o caso propiamente dicho</i> Descripción del paciente Historia de la enfermedad Examen físico Test relevantes Diagnóstico inicial Tratamiento Resultados esperados Resultados actuales <i>Búsqueda de literatura</i> <i>Discusión</i> Discusión de la literatura relevante Hipótesis Proceso o curso del diagnóstico de la enfermedad Discusión de los resultados Justificación de su publicación	<i>Título</i> <i>Introducción</i> <i>Métodos y resultados</i> Causas de la enfermedad Historia Examen Tratamientos <i>Comentarios</i> Revisión bibliográfica Justificación del caso Investigaciones futuras	<i>Título</i> <i>Resumen</i> Edad y género del paciente Información clínica Diagnóstico Administración Seguimiento <i>Introducción</i> Explicación Presentación usual y progresión <i>Caso</i> Historia clínica personal y familiar Hallazgos del examen y resultados Diagnósticos diferentes Administración Seguimiento Diagnóstico final <i>Discusión</i> Explicación de hallazgos Interpretación de hallazgos Análisis de la hipótesis Limitaciones Aporte a la literatura Investigaciones futuras	<i>Resumen</i> <i>Caso clínico</i> Historia del paciente Pruebas Hallazgos positivos y negativos <i>Discusión</i>	<i>Resumen</i> <i>Introducción</i> Propósito del caso Revisión bibliográfica <i>Presentación del caso</i> Demografía e historia del paciente Datos de laboratorio y diagnóstico Historia médica del paciente Dieta del paciente <i>Discusión</i> Evaluación del paciente Comparación de los hallazgos encontrados con la revisión bibliográfica <i>Conclusión</i> Conclusión justificada Recomendaciones

Tabla 29. Estructura de los casos clínicos según diversos autores. Fuente: elaboración propia

Carleton & Webb 2012	Uribarri 2012	Jupal, Thaledi & Thawani 2013	Hung, Chen & Tsai 2012	
<p><i>Resumen</i></p> <p><i>Introducción</i></p> <p>Relación con práctica clínica</p> <p><i>Presentación del caso</i></p> <p>Descripción de la enfermedad</p> <p>Historia médica, familiar y social</p> <p>Examen</p> <p>Diagnóstico</p> <p>Progresos</p> <p>Tratamiento</p> <p>Resultados</p> <p><i>Discusión</i></p> <p>Contraste con casos similares</p> <p>Hallazgos principales</p> <p>Futuros estudios clínicos</p>	<p><i>Resumen</i></p> <p><i>Caso clínico</i></p> <p><i>propriadamente dicho</i></p> <p>Introducción</p> <p>Presentación del caso</p> <p>Estado inicial paciente</p> <p>Evolución</p> <p>Gradiente o variaciones del caso</p> <p>Diagnóstico</p> <p>Terapéutica</p> <p>Resultados esperados/inesperados</p> <p><i>Discusión</i></p> <p><i>Conclusiones</i></p> <p><i>Referencias</i></p>	<p><i>Título</i></p> <p><i>Resumen no estructurado</i></p> <p><i>Introducción</i></p> <p>Propósito del caso</p> <p>Relación con anteriores casos publicados</p> <p><i>Descripción del caso</i></p> <p>Datos del paciente</p> <p>Historia clínica</p> <p>Hallazgos tras examen</p> <p>Resultados</p> <p>Diagnósticos diferentes y provisionales</p> <p>Diagnóstico final</p> <p><i>Discusión</i></p> <p>Comparación con casos similares</p> <p>Conclusión más relevante</p> <p>Revisión bibliográfica</p> <p><i>Agradecimientos</i></p> <p><i>Referencias</i></p> <p><i>Partes suplementarias:</i></p> <p>figuras, tablas y gráficos</p>	<p><i>Move 1 Historia de la enfermedad actual</i></p> <p>Step 1:</p> <p>Identificación y cumplimentación de la dolencia</p> <p>Substep 1:</p> <p>Identificación del paciente</p> <p>Substep 2:</p> <p>Dolencia(s) principal(s)</p> <p>Step 2: Proceso clínico</p> <p>Substep 1:</p> <p>Aparición y duración de la dolencia(s) principal(s)</p> <p>Substep 2:</p> <p>Evolución y situación actual</p> <p>Step 3:</p> <p>Cuidados médicos antes del ingreso</p> <p>Substep 1:</p> <p>Visita al médico</p> <p>Substep 2:</p> <p>Manifestaciones del paciente</p> <p>Substep 3:</p> <p>Exámenes físicos</p> <p>Substep 4:</p> <p>Hallazgos de laboratorio y diagnóstico</p> <p>Substep 5:</p> <p>Gestión clínica</p> <p>Substep 6:</p> <p>Acontecimientos relevantes durante el previo proceso clínico</p> <p>Step 4:</p> <p>Admisión</p> <p>Substep 1:</p> <p>Admisión</p> <p>Substep 2:</p> <p>Información extra en el ingreso</p>	<p><i>Move 2 Historia médica pasada</i></p> <p><i>Move 3 Perfil personal y social</i></p> <p><i>Move 4 Historia médica familiar</i></p> <p><i>Move 5 Historia toxicológica</i></p> <p><i>Move 6 Examen físico general en el ingreso</i></p> <p><i>Move 7 Resultados generales de laboratorio y diagnóstico en el ingreso</i></p> <p><i>Move 8 Curso clínico después del ingreso</i></p> <p>Step 1:</p> <p>Manifestaciones del paciente</p> <p>Step 2: Examen físico en el proceso clínico</p> <p>Step 3: Hallazgos de laboratorio y diagnóstico en el proceso médico</p> <p>Step 4: Gestión clínica</p> <p><i>Move 9 Registros médicos después del alta</i></p> <p>Step 1:</p> <p>Manifestaciones del paciente</p> <p>Step 2: Exámenes físicos</p> <p>Step 3: Hallazgos de laboratorio/diagnóstico</p> <p>Step 4: Gestión clínica</p>

Tabla 30. Estructura de los casos clínicos según diversos autores. Fuente: elaboración propia

II.2.1.3. Estructura de los resúmenes biomédicos atendiendo a las directrices generales de los comités editoriales, las instrucciones para autores dadas en revistas biomédicas y las normas internacionales

Ejemplos de directrices generales de los comités editoriales, las instrucciones para los autores dadas en las revistas biomédicas y las normas internacionales que analizan la estructura que deberían tener los resúmenes son los que aparecen a continuación:

Ad Hoc Working Group on Critical Appraisal of the Medical Literature 1987		ICMJE Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas 2009	CONSORT 1996, 2001, 2010	QUOROM 1996
<i>Objetivo</i> Objetivo principal Objetivo secundario <i>Diseño</i> Tipo Duración Métodos de medición Intervenciones Test para diagnóstico Características clínicas de desórdenes médicos Análisis de la rentabilidad <i>Emplazamiento/Contexto</i> Localización Nivel de atención médica Comunidad general Asistencia primaria Trabajo privado Trabajo institucional <i>Pacientes u otros participantes</i> Método de selección Número de pacientes que completado el estudio Trastornos médicos Características sociodemográficas Efectos adversos	<i>Intervenciones</i> Nombre clínico Tratamiento exacto Duración de la aplicación <i>Métodos</i> Métodos de evaluación de pacientes <i>Resultados principales</i> <i>Conclusiones</i> Conclusiones principales Aplicaciones principales	<i>Contexto o antecedente histórico</i> <i>Propósito del estudio</i> <i>Procedimientos básicos</i> Selección de sujetos Métodos observacionales Métodos analíticos <i>Hallazgos</i> <i>Conclusiones principales</i> <i>Fuentes de financiación</i>	<i>Diseño de la prueba</i> <i>Métodos</i> Participantes Intervenciones Objetivo Consecuencia Aleatorización Ocultamiento <i>Resultados</i> Números aleatorizados Reclutamiento/selección Números analizados Consecuencia Daños <i>Conclusiones</i>	<i>Objetivos</i> <i>Fuentes de datos</i> <i>Métodos de revisión</i> Criterios de selección Población Intervención Resultado Diseño del estudio Métodos para evaluar la validez Extracción de datos Características del estudio <i>Resultados</i> Resultados cuantitativos Resultados cualitativos <i>Conclusión</i> Resultados principales

Tabla 31. Estructura de resúmenes biomédicos atendiendo a las directrices generales de los comités editoriales, las instrucciones para autores dadas en revistas biomédicas y las normas internacionales.. Fuente: elaboración propia

<i>Ophthalmology</i>	<i>Journal Canadien d'Anesthésie</i>	<i>Journal of the American Medical Association (JAMA)</i>	<i>Acta Cardiologica</i>	<i>Acta Clinica Belgica</i>
<i>Objetivo (Antecedentes)</i> <i>Métodos</i> <i>Resultados</i> <i>Conclusiones</i>	<i>Objetivos</i> <i>Métodos</i> Plan de estudio Lugar Número y selección de sujetos Intervenciones Medidas <i>Resultados</i> Valor numérico Variaciones <i>Conclusiones</i>	<i>Importancia</i> <i>Objetivo</i> Objetivo principal Objetivo secundario Hipótesis <i>Diseño</i> Año del estudio Duración del seguimiento <i>Contexto</i> Aplicación del informe <i>Participantes</i> Dolencia Criterios de elección Número de participantes Características sociodemográficas <i>Intervenciones clínicas</i> Características principales Método seguido Duración <i>Principales consecuencias y medidas</i> <i>Resultados</i> <i>Conclusiones y relevancias</i> Conclusiones Implicaciones del estudio	<i>Objetivo</i> <i>Métodos y Resultados</i> <i>Conclusiones</i>	<i>Objetivos</i> <i>Métodos</i> <i>Resultados</i> <i>Conclusión</i>

Tabla 32. Estructura de resúmenes biomédicos ateniendo a las directrices generales de los comités editoriales, las instrucciones para autores dadas en revistas biomédicas y las normas internacionales..
 Fuente: elaboración propia

<i>Acta Urológica Española</i>	MEDLINE	ISO 214-1976 y la ANSI/NISO Z39.14-1997
<i>Objetivos</i> <i>Material y Métodos</i> Diseño del estudio Valoración de las pruebas Dirección temporal Selección de los pacientes Criterios de entrada Número de pacientes iniciales y finales <i>Resultados</i> Resultados relevantes Valoración estadística <i>Conclusiones</i> Hallazgos positivos y negativos Aplicabilidad clínica	<i>Contexto</i> <i>Objetivo</i> <i>Métodos</i> <i>Resultados</i> <i>Conclusiones</i>	<i>Objetivo y ámbito de estudio</i> <i>Metodología y métodos necesarios para la comprensión</i> <i>Resultados experimentales y teóricos</i> <i>Conclusiones</i> Relación con los objetivos y propósito de la investigación Recomendaciones Evaluación Aplicación Sugerencias Nuevas relaciones Hipótesis aceptadas o refutadas

Tabla 33. Estructura de resúmenes biomédicos ateniendo a las directrices generales de los comités editoriales, las instrucciones para autores dadas en revistas biomédicas y las normas internacionales.. Fuente: elaboración propia

II.2.1.4. Estructura de los resúmenes de los casos clínicos dados para autores e instrucciones a los autores aparecidas en revistas biomédicas

En las instrucciones a los autores que dan las revistas biomédicas para la elaboración del trabajo a publicar en dicha revista aparece la estructura que deben contener los resúmenes que acompañan a los casos clínicos que van a aparecer entre sus páginas; ejemplos de dichas instrucciones, que nos han ayudado en la elaboración de nuestro cuestionario de recogida de datos, son los que aparecen a continuación:

<i>Journal of Medical Case Reports</i>	<i>International Journal of Surgery Case Reports</i>
<i>Introducción</i> Justificación <i>Presentación del caso</i> Características del paciente Dolencia <i>Conclusión</i> Conclusión Impacto Aportación al conocimiento	<i>Introducción</i> <i>Presentación del Caso</i> <i>Discusión</i> <i>Conclusión</i>

Tabla 34. Estructura de los resúmenes de los casos clínicos dados para autores e instrucciones a los autores aparecidas en revistas biomédicas. Fuente: elaboración propia

Salager-Meyer 1990	Green y Johnson 2000	McCarthy & Reilly 2000	Cohen 2006	Green & Johnson 2006	Jupal, Thaledi & Thawani 2013
<i>Presentación del caso</i> <i>Hallazgos</i> <i>Comentario</i>	<i>Objetivo</i> <i>Características clínicas</i> Condición del paciente Progreso del paciente <i>Intervención y resultados</i> Métodos para el cuidado Evaluación del estado Resumen de los resultados <i>Conclusión</i> Contribución a la literatura Conclusión global <i>Palabras claves</i>	<i>Problema clínico</i> <i>Recesión bibliográfica</i> <i>Justificación del caso</i>	<i>Introducción y objetivo</i> <i>Caso clínico</i> <i>Discusión</i> <i>Conclusión</i>	<i>Introducción</i> Objetivo Propósito <i>Caso clínico/Métodos</i> Presentación del caso Aspectos primarios de la condición del paciente Medidas usadas Métodos usados para el cuidado y/o evaluación del estado del paciente <i>Resultados</i> Resultados de la asistencia Cambios acontecidos en las medidas anteriores <i>Discusión</i> Contribución a la literatura Conclusión general <i>Palabras claves</i>	<i>Edad y sexo del paciente</i> <i>Información clínica pertinente</i> <i>Diagnóstico fundamental</i> <i>Seguimiento y mensajes para el lector</i>

Tabla 35. Estructura de los resúmenes de los casos clínicos dados para autores e instrucciones a los autores aparecidas en revistas biomédicas. Fuente: elaboración propia

III.2.2. Elaboración de un metamodelo estructural de resumen de caso clínico

Este metamodelo estructural parte de la *perspectiva de análisis de género* y, como tal, está basado en la presencia de unas determinadas *moves* y *submoves* dentro de cada una de las secciones que debería incluir un resumen de calidad. Esta división en *moves* y *submoves* servirá: a) por un lado, para esquematizar con más claridad la estructura que debería tener un resumen de caso clínico y b) por otro, para que en dichos resúmenes aparezcan todos los datos necesarios de modo que logren una mejor

compresión del documento original, asegurando así además que toda la información pertinente y de calidad está presente en el mismo.

Para su diseño hemos partido de una doble metodología:

- a) una *inductiva*: el análisis de los manuales de estilo, normas editoriales y recomendaciones sobre la redacción científica biomédica así como los estudios que (desde el ámbito de la estilística académica o de la socio-retórica y el análisis de género) cubrían el tema de resumen estructurado para el dominio biomédico.
- b) otra *deductiva* a través de una generalización de estructuras tras la observación y comparación de las distintas muestras de resúmenes analizadas.

Para que un resumen de un caso clínico sea lo suficientemente explicativo y tenga una adecuada calidad informativa proponemos un *esquema estructural del resumen del caso clínico* integrado por 5 *secciones* (introducción, presentación del caso, resultados/discusión, conclusión y originalidad/valor del caso). Cada una de ellas incluye *moves* y *submoves* como actos comunicativos que despliegan la estructura retórica, atendiendo a las funciones específicas de dichos actos. En nuestro caso identificamos 16 *moves* y 20 *submoves*.

Incluimos un *move* nuevo con respecto a la estructura definida en estudios y recomendaciones de otros autores referente a la especificación del valor y la originalidad del caso que se tiene entre manos. Este *move* está muy presente en la actualidad en los resúmenes de los artículos científicos publicados en multitud de revistas y conforma un encabezado diferenciado en los resúmenes estructurados de éstos. Dada su importancia informativa, y al considerar obligada su incorporación en el resumen del artículo científico por parte de los comités editoriales de las revistas más importantes de diferentes áreas de especialidad, creemos que sería conveniente incluirla también, con entidad propia, en los resúmenes de este género biomédico ya que lograría una mejor sistematización y valoración de las evidencias del caso clínico.

Sección 1: INTRODUCCIÓN

Move 1. Presentación del caso

Move 2. Establecer el objetivo

Submove 2a. Especificar el objetivo principal

Submove 2b. Especificar el objetivo secundario

Sección 2: PRESENTACIÓN DEL CASO

Move 3. Identificación del paciente y sus condiciones

Submove 3a. Número de sujetos

Submove 3b. Sexo del paciente

Submove 3c. Edad del paciente

Submove 3d. Historia social

Submove 3e. Historia clínica presente y pasada

Submove 3f. Dolencia

Move 4. Presentación y descripción de los síntomas

Submove 4a. Examen del paciente

Submove 4b. Hallazgos positivos y negativos

Move 5. Intervenciones y métodos para el cuidado y/o evaluación del estado del paciente

Submove 5a. Test relevantes llevados a cabo

Submove 5b. Método seguido

Submove 5c. Medidas usadas

Move 6. Aclaración del diagnóstico

Submove 6a. Diagnóstico inicial

Submove 6b. Diagnóstico final

Move 7. Tratamiento quirúrgico o médico realizado en la paciente

Submove 7a. Tratamiento llevado a cabo

Submove 7b. Seguimiento clínico

Submove 7c. Evaluación del estado del paciente

Sección 3: RESULTADOS/DISCUSIÓN

Move 8. Resultados de la asistencia

Submove 8a. Hallazgos/resultados positivos

Submove 8b. Hallazgos/resultados negativos

Move 9. Cambios aparecidos en las medidas y datos anteriores

Move 10. Limitaciones encontradas

Move 11. Interpretación

Sección 4: CONCLUSIÓN

Move 12. Principal conclusión

Move 13. Recomendaciones

Move 14. Sugerencias

Move 15. Contribución a la literatura

Sección 5: ORIGINALIDAD/VALOR

Move 16. Especificar la originalidad o el valor del caso clínico

A partir de este diseño elaboraremos las tablas de recogida de datos para el análisis contrastivo de la organización retórica del caso clínico, en las tres revistas seleccionadas

III.3. Diseño de la investigación

Presentadas las herramientas conceptuales para selección de información abordamos en este epígrafe el diseño de la investigación propiamente dicho con cuestiones sobre la muestra del objeto a estudiar y la recogida de datos.

II 3.1. Recogida de datos generales: elección de revistas y vaciado de las mismas

Una buena metodología para explicar con detalle la elección de las revistas donde están incluidos los casos clínicos que va a ser estudiados –el por qué y el cómo de su elección- y la recogida de los datos en cada una de ellas.

II.3.1.1. Elección de las revistas objeto de estudio

Hemos mencionado que la elección de las revistas para el estudio de sus casos clínicos, concretamente de sus resúmenes, se iba a realizar en función de su calidad y su factor de impacto. Pues bien, los resúmenes de los casos clínicos escogidos pertenecen a revistas que están incluidas en el Journal Citation Report (JCR) porque:

- a) Presupone una calidad de la publicación en función del lugar que ocupa dentro del Ranking establecido por éste;
- b) Por la difusión que tienen las revistas analizadas entre los profesionales de la medicina;

- c) Porque la reconocida calidad de estas publicaciones ejerce una influencia positiva en el establecimiento de unos mínimos criterios que garanticen la calidad de los resúmenes que incluyen.

Las revistas escogidas para llevar a cabo nuestro análisis son, pues, *Acta Cardiológica*, *Actas Urológicas Españolas* y *Acta Clínica Bélgica*, cada una relacionada con las tres partes de la biomedicina que hemos mencionado anteriormente: Cardiología, Urología y Medicina Interna, respectivamente.

Acta Cardiológica es la revista oficial de la Sociedad Belga de Cardiología. Dentro de su especialidad, ocupa el puesto número uno dentro del ranking establecido por el JCR. Se encuentra resumida e indizada en el Science Citation Index Expanded, Current Contents/Clinical Medicine, Medline/PubMed, Biological Abstracts, BIOSIS Previews, CrossRef y Thomson Scientific Links. Si analizamos los números de los últimos doce años observamos que contiene unas someras instrucciones para la redacción de los resúmenes documentales, que se ajustan en su estructura a los que damos en denominar resúmenes informativos: Objetivos (justificación del estudio), Métodos y Resultados (breve descripción de los métodos y presentación de los resultados más significativos) y Conclusiones (referencia a los objetivos con datos respaldados por la investigación). Para los casos clínicos se debe redactar un resumen “no estructurado” que contenga los “principales aspectos” (main points) del trabajo en 150 palabras. En el cuerpo del resumen no deben incluirse referencias y se limita, en la medida de lo posible, el uso de acrónimos y abreviaturas.

Por su parte, *Actas Urológicas Españolas* es la revista de la Asociación Española de Urología y de la Confederación Americana de Urología. En su especialidad, ocupa el puesto número uno dentro del ranking del JCR. Es una revista internacional dedicada a las enfermedades urológicas. Se edita desde 1977, con una periodicidad mensual (10 números al año, excepto agosto y diciembre) y se distribuye exclusivamente entre los profesionales de la medicina. En español se edita la versión impresa y en portugués e inglés la publicación electrónica. Está resumida e indizada en Medline, Index Medicus, Science Citation Index Expanded, Journal of Citation Reports, EMBASE/Excerpta Medica, Scopus y en el Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS). En esta revista sólo se admiten casos clínicos de presentación sucinta (unas 1.200 palabras) que contengan “enseñanza clínica y/o rareza excepcional”. El resumen también será estructurado y de una longitud máxima de 250 palabras. Constará de dos secciones: Problema clínico, con casuística, y Comentario. Los resúmenes de

artículos originales serán estructurados, de unas 250 palabras, e irán acompañados de tres o seis palabras clave, entendiéndose por resumen estructurado aquel que consta de las siguientes secciones: 1) Objetivos: propósito fundamental del trabajo; 2) Material y Métodos (metodología), explicando el diseño del estudio, los criterios de valoración de las pruebas diagnósticas y la dirección temporal (retrospectivo o prospectivo). Se mencionará el procedimiento de selección de los pacientes y, si se trata de un trabajo experimental, el número y tipo de animales utilizados. 3) Resultados, donde se incluyen los aspectos más relevantes del estudio, así como su valoración estadística. En el caso de la revisión, se recogen los aspectos principales o puntos tratados en la revisión de forma resumida. 4) Conclusiones, que contienen la interpretación de los datos, junto con su aplicabilidad clínica. Hay que otorgar el mismo énfasis a los hallazgos positivos que a los negativos con similar interés científico.

Por último, *Acta Clínica Bélgica* es la revista oficial de las sociedades belgas de Medicina Interna y Biología Clínica. También ocupa el número uno del ranking establecido por el JCR en su especialidad. Es una revista internacional que publica investigaciones y estudios de caso/caso clínico sobre medicina experimental y clínica, química clínica, patología y biología molecular. Del resumen dice muy poco, simplemente que debe ocupar un cinco por ciento de la longitud total del trabajo, que debe ser inteligible por sí mismo y que debe incluir tanta “información factual” como sea posible. No distingue entre los resúmenes de las notas clínicas y los de los artículos de investigación.

III.3.1.2. Obtención de permisos para su consulta

La recogida de los casos clínicos de las tres revistas seleccionadas, y por ende de sus resúmenes, se ha realizado tanto en formato papel como en formato electrónico. En ambos casos el acceso se ha llevado a cabo a través de la Biblioteca del Hospital Universitario Doce de Octubre de Madrid.

Para tener acceso a dicha biblioteca tuvimos que solicitar, a través de la colaboración desinteresada de una persona que forma parte del personal de la planta quinta derecha de dicho hospital, y gracias a las gestiones y la implicación del bibliotecario de dicha biblioteca, un permiso y unas claves que nos dieron acceso a *Acta Cardiologica*, *Acta Clinica Belgica* y *Actas Urológicas Españolas* a través de su

intranet, y concretamente a través de PubMed, para la consulta de dichas revistas en formato electrónico.

Este permiso también nos autorizó al acceso de dichas revistas en formato papel, puesto que, como mencionaremos más adelante para cada caso específico, no todos los años de dichas revistas estaban en formato electrónico, siendo necesario consultar los fondos in situ o traídos del depósito del Hospital Clínico San Carlos a la biblioteca del Hospital Doce de Octubre.

III.3.1.3. Recogida de resúmenes de casos clínicos

A continuación se presentan los datos obtenidos después de hacer el vaciado de las revistas; estos datos son sobre los que versará nuestro estudio y nos dirán el número y las características de los resúmenes de casos clínicos llevados a examen dentro de cada una de las revistas elegidas.

III.3.1.4. Vaciado de resúmenes en *Acta Cardiologica*

De esta revista, para los años en los que se basa nuestro estudio -2000-2012- tuvimos que consultar tanto números en papel como la intranet del Hospital Doce de Octubre: concretamente el año 2000 se nos proporcionó en formato papel, consultando desde el año 2001 al 2012 en formato electrónico. Pese a variar de formato, esta revista tiene una periodicidad bimestral, esto es, se publica cada dos meses y, por lo tanto, saca 6 números al año.

Cada número en formato papel viene dividido en géneros biomédicos, es decir, esta revista distingue entre artículos originales, casos clínicos o cartas y editoriales, entre otros, por lo que el acceso a los mismos fue fácil. Por su parte, para el formato electrónico hicimos dos tareas: la primera, ir directamente a la parte que trata en cada número de los casos clínicos y seleccionarlos y, por otra parte, y segunda, pese a que estaba dicha sección especificada, hicimos una búsqueda en su motor de búsqueda interno para corroborar que no hubiera más casos clínicos fuera de esa sección; los términos de búsqueda elegidos fueron *case report* y *case reports*; el porqué de los términos en inglés es claro, puesto que se trata de una revista que publica sus trabajos en

dicho idioma. Como la revista online está dividida en años, la estrategia de búsqueda se llevó a cabo en cada uno de los años restantes, es decir, desde 2001 a 2012.

Pues bien, el vaciado de los casos clínicos, después de lo mencionado hasta ahora, quedó de la siguiente manera:

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1	4	3	0	3	3	6	3	3	2	4	6	6	4
2	2	2	1	4	3	0	2	13	3	4	8	6	10
3	2	4	3	3	2	2	4	4	2	6	7	9	8
4	2	4	3	4	6	3	4	4	2	6	7	13	9
5	3	2	5	4	4	4	4	6	4	8	4	6	6
6	2	2	5	3	5	4	4	0	3	8	6	3	4
	15	17	17	21	23	19	21	30	16	36	38	43	41

Tabla 36. Vaciado de los casos clínicos de la revista *Acta Cardiologica*. Fuente: *Acta Cardiologica*. Leuven: 2000-2012. ISSN 0001-5385

Si hacemos la suma de todos los casos clínicos aparecidos en esta revista entre los años 2000 y 2012, ambos incluidos, nos encontramos con 337 casos clínicos publicados.

Pero a este vaciado de casos clínicos, para poder proceder al posterior análisis de sus resúmenes, habría que hacerle algunas apreciaciones. La primera de ella sería que de esos 337 casos clínicos nos encontramos con que 16 de ellos carecen de resumen, con lo cual debemos descartarlos para el análisis, puesto que nuestro estudio versa sobre la calidad de la estructura de los resúmenes de los casos clínicos o *case reports*.

Como segunda apreciación, por su parte, hemos de mencionar que de los casos clínicos restantes, 320, sólo 12 de ellos presentan un resumen estructurado, apareciendo en los 308 restantes resúmenes no estructurados o llamados tradicionales.

Una visión más clara y pormenorizada del vaciado de la revista es la que aportamos con la tabla que aparece a continuación:

	Número de casos	Casos sin resumen	Casos con resumen no estructurado	Casos con resumen estructurado
2000	15	1	14	0
2001	17	1	16	0
2002	17	1	16	0
2003	21	1	19	1
2004	23	3	19	1
2005	19	0	19	0
2006	21	1	20	0
2007	30	0	23	7
2008	16	2	14	0
2009	36	2	33	1
2010	38	2	35	1
2011	43	2	40	1
2012	41	0	41	0

Tabla 37. Detalle pormenorizado del vaciado de la revista *Acta Cardiologica*. Fuente: *Acta Cardiologica*. Leuven: 2000-2012. ISSN 0001-5385

Por último, la siguiente tabla resume los datos aportados hasta ahora y ofrece, de manera más clara, nuestro objeto de estudio:

Nº total de casos clínicos	Nº casos clínicos con resumen	Nº casos clínicos con resumen tradicional	Nº casos clínicos con resumen estructurado
337	321	309	12
Objeto de estudio			

Tabla 38. Resumen del vaciado de casos clínicos de la revista *Acta Cardiologica*. Fuente: *Acta Cardiologica*. Leuven: 2000-2012. ISSN 0001-5385

III. 3. 1.5. Vaciado de resúmenes en *Acta Clinica Belgica*

Esta revista, al igual que *Acta Cardiológica*, tiene una periodicidad bimestral, es decir, publica seis números al año. El acceso a todos los números de esta revista comprendidos entre 2000 y 2012 fue en formato electrónico a través de PubMed, de una parte, a través de la Biblioteca del Hospital Universitario Doce de Octubre (Madrid)

para los años comprendidos entre 2000 y 2010, y, de otra, por medio del portal de la Universidad de Murcia para los años 2011 y 2012.

En dicha base de datos buscamos la revista en cuestión, en este caso *Acta Clinica Belgica*; el acceso a la revista digital nos permitió ir seleccionando uno a uno los números que nos interesaban, en este caso, los de los años de nuestro estudio.

El acceso a la misma fue año por año; y dentro de cada año fuimos abriendo cada número, que nos ofrecía el índice del mismo con los enlaces a los trabajos publicados en él. Los casos clínicos en esta revista aparecen en la sección *case reports*, por lo que fue fácil su localización. Pese a ello, y para recoger la muestra en su totalidad buscamos también dentro de las otras secciones de cada número puesto que por los títulos que ofrecían los trabajos daban muestra de ello, recuperando también casos clínicos en secciones como *letter to editor*, *original article* o *images in medicine*, concretamente 59 del total de los mismos.

En la recogida de los resúmenes nos encontramos con algunos problemas técnicos que debemos especificar: el acceso a tres casos clínicos del número 3 del año 2000 no fue posible por estar su enlace inactivo (roto); y en el volumen 4 del año 2004 también aparecen tres enlaces defectuosos, por lo que no hemos podido tener acceso a ellos, porque no estaban almacenados y saltando directamente a otros trabajos; y, por último, en el año 2010 también falta uno al que no se pudo tener acceso.

Teniendo en cuenta estas advertencias, el vaciado de casos clínicos de esta revista quedaría de la siguiente manera:

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1	1	3	4	4	1	7	4	3	2	6	7	10	10
2	4	1	4	2	2	4	2	4	4	4	7	11	7
3	0	2	2	3	6	3	3	3	6	5	6	13	7
4	3	2	2	3	0	4	6	2	6	5	7	8	7
5	1	2	2	4	3	4	3	3	8	8	8	12	9
6	3	5	3	1	4	4	4	2	5	6	8	6	3
	12	15	16	17	16	26	22	17	31	33	43	60	43

Tabla 39. Vaciado de los casos clínicos de la revista *Acta Clinica Belgica*. Fuente: *Acta Clinica Belgica*. 2000-2012. ISSN 2295-3337

De estos 353 casos clínicos encontrados, no todos tienen resumen; son 68 los que carecen de él, correspondiéndose la mayoría con los casos clínicos aparecidos en las secciones de *letter to editor* e *images in medicine*. La siguiente tabla presenta un análisis más pormenorizado de la situación en la revista:

	Número de casos	Casos sin resumen	Casos con resumen no estructurado	Casos con resumen estructurado
2000	12	2	10	0
2001	15	3	11	1
2002	16	1	14	1
2003	17	1	16	0
2004	16	1	15	0
2005	26	3	23	0
2006	22	1	19	2
2007	17	1	16	0
2008	31	9	22	0
2009	33	9	21	3
2010	43	12	29	2
2011	60	21	37	2
2012	43	4	37	2

Tabla 40. Detalle pormenorizado del vaciado de la revista *Acta Clinica Belgica*. Fuente: *Acta Clinica Belgica*. 2000-2012. ISSN 2295-3337

A continuación ofrecemos un cuadro resumen de la situación final de esta revista:

Nº total de casos clínicos	Nº casos clínicos con resumen	Nº casos clínicos con resumen tradicional	Nº casos clínicos con resumen estructurado
351	283	270	13
Objeto de estudio			

Tabla 41. Resumen del vaciado de casos clínicos de la revista *Acta Clinica Belgica*. Fuente: *Acta Clinica Belgica*. 2000-2012. ISSN 2295-3337

III.3.1.6. Vaciado de resúmenes en *Actas Urológicas Españolas*

El acceso a esta revista ha sido tanto en formato papel como en formato electrónico: la consulta de los años 2000, 2001 y 2002 ha sido en papel, mientras que el resto del intervalo de tiempo de nuestro estudio, de 2003 a 2012, se ha producido a través de PubMed. La cifra total de números que aparecen en un año en esta revista es de 10, publicando un único número conjunto en julio/agosto y otro, también conjunto, de noviembre/diciembre.

En ambos casos –formato papel y formato electrónico- la manera de seleccionar los casos clínicos ha sido a través de su índice o sumario, es decir, de cada número hemos consultado su índice y hemos ido identificando y seleccionando los casos. En esta revista, los casos clínicos aparecen dentro de la sección *nota clínica*; pese a ello, se procedió de igual manera que en las anteriores publicaciones comentadas, es decir, se revisaron las otras secciones de la revista para comprobar si en ella había o no algún caso clínico más.

De esta revista debemos reseñar algunos aspectos que creemos que es oportuno destacar. Hemos mencionado que los casos clínicos aparecen dentro del apartado de *nota clínica*; sin embargo, a partir del año 2010 desaparece dicha sección y los casos clínicos pasan a publicarse dentro de la sección *carta científica-clínica*, donde estos casos, a partir de ahora, toman la forma de cartas; es por ello que en este año los casos clínicos carecen de resumen. Por su parte en los años 2011 y 2012, los casos clínicos aparecen publicados, además de en la sección de *carta científica-clínica*, en la sección *destrezas e ingenio*.

El acceso al año 2012 de la revista se realiza a través de su versión inglesa puesto que la consulta de su versión española se hace imposible.

La consulta de los años entre 2000 y 2010 se realizó a través de PubMed ofrecido por la Biblioteca del Hospital Doce de Octubre de Madrid. Sin embargo, la búsqueda y consulta de los números de 2011 y 2012, pese a ser a través de PubMed del Hospital Doce de Octubre, se realizó también por medio de ScienDirect, ofrecido a través de la Biblioteca Digital de la Universidad de Murcia, puesto que la consulta de cada sumario individualizado a texto completo no fue posible en el primero de los casos. La ecuación de búsqueda para el año 2011 fue: *case report (article type) + from 2011/01/01 to 2011/12/31*; en el año 2012 los criterios de búsqueda fueron los mismos pero cambiando las fechas de publicación. Tras su búsqueda en PubMed se procedió a la consulta del texto completo a través de ScienDirect, en las secciones antes mencionadas.

Tras estas apreciaciones, el vaciado de los casos clínicos de esta revista entre los años 2000 y 2012 queda de la siguiente manera:

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1	10	7	7	6	5	7	5	5	0	6	5	2	0
2	8	7	7	6	7	4	5	5	5	5	6	1	1
3	7	8	6	6	6	5	5	5	5	5	8	1	0
4	7	8	6	6	5	6	5	6	5	6	4	0	0
5	7	7	6	5	6	7	0	6	5	0	7	1	0
6	7	5	7	5	7	5	5	1	8	7	7	1	5
7	7	6	5	6	7	7	6	7	6	6	8	1	0
8	7	1	5	7	8	6	5	5	5	5	6	0	0
9	7	7	5	7	7	4	5	0	6	4	6	0	0
10	7	7	6	7	8	5	4	6	4	4	17	1	0
	74	63	60	61	66	56	45	46	49	48	74	8	6

Tabla 42. Vaciado de los casos clínicos de la revista *Actas Urológicas Españolas*. Fuente: *Actas Urológicas Españolas*. Asociación Española de Urología; Confederación Americana de Urología. 2000-2012. ISSN 0210-4806

La suma de los casos clínicos aparecidos en *Actas Urológicas Españolas* entre los años 2000 y 2012 es de 656; de ellos, 89 casos clínicos aparecen en las secciones de *cartas científicas-clínicas y destrezas e ingenio*, recogándose los demás en la sección de *notas clínicas*.

No todos estos casos clínicos contienen resumen, concretamente son 84 los que no constan de él; de todos los demás, los resúmenes son tanto estructurados como no estructurados o tradicionales; los siguientes dos cuadros resumen y aclaran estos datos:

	Número de casos	Casos sin resumen	Casos con resumen no estructurado	Casos con resumen estructurado
2000	74	0	68	6
2001	63	0	56	7
2002	60	0	57	3
2003	61	0	52	9
2004	66	0	56	10
2005	56	0	50	6
2006	45	0	34	11
2007	46	0	37	9
2008	49	0	48	1
2009	48	0	33	15
2010	74	74	0	0
2011	8	2	0	6
2012	6	5	0	1

Tabla 43. Detalle pormenorizado del vaciado de la revista *Actas Urológicas Españolas*. Fuente: *Actas Urológicas Españolas*. Asociación Española de Urología; Confederación Americana de Urología. 2000-2012. ISSN 0210-4806

Nº total de casos clínicos	Nº casos clínicos con resumen	Nº casos clínicos con resumen tradicional	Nº casos clínicos con resumen estructurado
656	575	491	84
Objeto de estudio			

Tabla 44. Resumen del vaciado de casos clínicos de la revista *Actas Urológicas Españolas*. Fuente: *Actas Urológicas Españolas*. Asociación Española de Urología; Confederación Americana de Urología. 2000-2012. ISSN 0210-4806

III.3.2. Cuestionario para la identificación de elementos de la calidad retórico-informativa en los resúmenes de casos clínicos seleccionados: identificación de variables retórico-discursivas para el estudio

A continuación presentamos el cuestionario que ha sido elaborado en función del *metamodelo estructural* que se ha confeccionado para los resúmenes de los casos clínicos de nuestras tres disciplinas. No obstante, se podrá extrapolar a otros campos biomédicos y a sus respectivos casos clínicos.

Este cuestionario está basado en las normas para la realización de resúmenes y en los estudios de diversos investigadores: Aitken & Marshall (2007); Bittencourt (1996); Cohen (2006); Froom & Froom (1993); Green & Johnson (2006); Huston & Squires (1996); Izquierdo Alonso & Moreno Fernández (2009); Martín Martín (2003); Moreiro (2002); Narine, Yee, Einarson & Ilersich (1991); Peh (2010); Pho (2008); Sharma & Harrison (2006); Squires (1989); Taddio, Pain, Fassos, Boon, Ilersich & Einarson (1994); Tenopir & Jacso (1993); Timmer, Sutherland & Hilsden (2003) y Wong, Truong, Mahamed, Davidian, Rana & Einarson (2005). Todos aparecen referenciados de forma completa en la bibliografía

Para concluir este epígrafe, hemos de señalar también que el cuestionario elaborado constituye una *check list* que aborda aspectos relativos a la calidad estructural del resumen de caso clínico biomédico desde dos niveles complementarios: el pragmático-funcional y el retórico-estructural. Somos conscientes de que, a pesar de la importancia de la organización retórica del resumen (y con una clara orientación hacia el resumen estructurado) sería necesario un análisis que contemplase todos los aspectos relativos a la calidad del resumen documental, incluyendo pues también los niveles semántico, gramatical y léxico que no son objeto de esta investigación

Presentamos así el diseño del cuestionario, estructurado en cinco categorías (aspectos generales, objetivos/ tema, pacientes metodología, intervención metodología, medida de variables/ metodología, resultados/conclusiones y originalidad-valor). Observamos como su esquema no se corresponde con la estructura exacta del metamodelo, aunque sí recoge todos los *moves* y *submoves* que aparecen en el mismo. Esto es porque hemos creído más conveniente agrupar información relacionada para una mejor recogida de datos pudiendo obtener así conclusiones más ricas.

	Sí	No
ASPECTOS GENERALES		
El resumen responde a la estructura del caso clínico: introducción, presentación del caso, resultados/discusión, conclusiones y originalidad/valor		
¿Guarda relación la estructura del resumen con la del caso clínico?		
¿Se encuentra el resumen localizado entre el título del caso clínico y el texto del documento original?		
¿Está compuesto de un solo párrafo?		
¿Está estructurado en varios párrafos?		
¿Aparece la estructura explícita?		
OBJETIVOS/TEMA		
¿Se incluyen antecedentes sobre el tema (objetivo) desarrollado en el caso expuesto?		
¿Se distingue el objetivo principal del trabajo del o de los secundarios si los hay?		
¿El objetivo aparece explícitamente? *		
¿Aparecen reproducidos los objetivos secundarios? **		
¿Aparece el problema de salud y su importancia?		
PACIENTES/METODOLOGÍA		
¿Se indica el número de pacientes?		
¿Se describen las características, el contexto y los aspectos primarios del paciente?		
¿Se da información del sexo del paciente?		
¿Se da información de la edad del paciente?		
¿Se ofrecen características demográficas comunes o contexto?		
INTERVENCIÓN/METODOLOGÍA		
¿Se especifica el tipo de trabajo efectuado? Por ej.: descriptivo, analítico, experimental ***		
¿Se explica el diseño del estudio?		
¿Se ofrece la duración del estudio?		
¿Se ofrece la descripción de la intervención?		

¿Se da una buena descripción de los métodos usados para los cuidados del paciente?		
¿Se indica el nivel de cuidado clínico?		
¿Se ofrece el diagnóstico?		
¿Se explican los criterios de valoración de las pruebas diagnósticas?		
¿Se usan descriptores técnicos?		
¿Se dan nombres comunes o sinónimos?		
MEDIDAS DE VARIABLES/METODOLOGÍA		
¿Se da información sobre las medidas?		
¿Se identifican las variables de forma explícita?		
¿Se ofrece la fuente de los datos?		
RESULTADOS		
¿Se proporciona información sobre los resultados obtenidos?		
¿Estos resultados son explícitos?		
¿Son resultados positivos?		
¿Son resultados negativos?		
¿Se mencionan las limitaciones?		
¿Incluye cambios en las medidas primarias?		
¿Se incluyen interpretaciones?		
¿Aparecen datos numéricos?		
¿Aparecen datos estadísticos?		
¿Todas las medidas descritas en el caso clínico tienen correspondencia en los datos ofrecidos en el resumen?		
CONCLUSIONES		
¿Se ofrecen las conclusiones a las que se ha llegado?		
¿Las conclusiones fueron consistentes con los resultados?		
¿Se mencionan las implicaciones del estudio?		
¿Se menciona su contribución a la literatura?		
¿Se dan recomendaciones para estudios posteriores?		

¿Resume anteriores secciones del resumen?		
ORIGINALIDAD/VALOR		
¿Se especifica explícitamente la originalidad del caso?		
¿Se describe explícitamente el valor biomédico del caso clínico?		

Tabla 45. Cuestionario para la recogida de datos de los resúmenes de los casos clínicos a analizar. Fuente: elaboración propia a partir de Aitken & Marshall (2007); Bittencourt (1996); Cohen (2006); Froom & Froom (1993); Green & Johnson (2006); Huston & Squires (1996); Izquierdo Alonso & Moreno Fernández (2009); Martín Martín (2003); Moreiro (2002); Narine, Yee, Einarson & Ilersich (1991); Peh (2010); Pho (2008); Sharma & Harrison (2006); Squires (1989); Taddio, Pain, Fassos, Boon, Ilersich & Einarson (1994); Tenopir & Jacso (1993); Timmer, Sutherland & Hilsden (2003) y Wong, Truong, Mahamed, Davidian, Rana & Einarson (2005)

* Debemos aclarar que cuando nos referimos a que el objetivo aparece explícitamente queremos decir que el autor lo expresa de la siguiente manera: *el objetivo del caso es...., nuestro objetivo es...., la misión del trabajo es....*

** Los objetivos secundarios deben ser expresados por el autor del caso de distinto modo para ser tratado como objetivo secundario: *además..., también..., además se pretende..., otro objetivo es..., un segundo objetivo es..., no sólo queremos.... sino que también/además pretendemos...., por otro lado, así mismo....*

*** El autor debe especificar claramente, con sus propias palabras, el tipo de estudio que representa su caso, no dejándolo a la interpretación del lector del mismo, basada en la anterior clasificación analizada y descrita por Abramson 1990, Hulley Cumming 1993 y Rebaglato, Pérez Ruiz, Arranz 1996.

Por último, es preciso señalar que este cuestionario-plantilla constituye la herramienta esencial a partir de la cual podemos inferir nuestras variables de análisis y la recogida de datos. El tratamiento y análisis de datos los realizaremos en dos fases: a) la primera con un análisis descriptivo de los datos procedentes de la revisión de los resúmenes de casos clínicos, publicados para el periodo escogido de las revistas seleccionadas y casos clínicos objeto de estudio; y b) la segunda con el análisis comparativo de la información anteriormente recogida, sistematizada en variables, datos y preguntas, aplicado a los tipos de resúmenes (estructurados y narrativos) y por otro lado a las revistas de la muestra.

III.4. Tratamiento y análisis de datos

En la primera parte se llevará a cabo un análisis descriptivo de los datos procedentes de la revisión de los resúmenes de casos clínicos, publicados en *Acta Cardologica*, *Acta Clinica Belgica* y *Actas Urológicas Españolas* de 2000 a 2012. Para ello, organizaremos los datos por secciones, coincidentes con las que se establecieron en el cuestionario elaborado para la recogida de datos. Para el análisis de sección retórica se considerará cada una de las tres revistas (sin separar por tipo de resumen) y se elaborará una tabla de frecuencias y porcentajes (además de un diagrama de barras que representa la frecuencia de aparición) con la que se responderá sí o no a los ítems de dicha sección. Además, se considerará la suma de estos ítems y se representará de igual forma. Después de esto, y dentro de esta primera parte de tratamiento y análisis, se representará la evolución de cada uno de los ítems a los largo de los años, de la misma manera que se ha hecho cuando hablábamos de la revista en su conjunto.

Hemos de mencionar que en el trabajo sólo se adjuntan las tablas, puesto que son lo suficientemente significativas y claras, junto con los comentarios al respecto de ellas, como para introducir, a su vez, los gráficos que ilustran esas tablas; además, un problema técnico por el excesivo número de gráficos hacía imposible adjuntarlos todos en los anexos; algunos de estos gráficos se utilizarán, sin embargo, en la presentación de la tesis doctoral.

A continuación se realizará el mismo procedimiento separando el tipo de resumen es decir, entre los resúmenes estructurados y los no estructurados en cada una de las revistas.

La codificación de las variables para poder analizar los datos quedaría de la siguiente manera:

variable	etiquetas
v01	El resumen responde a la estructura del caso clínico: introducción, presentación del caso, resultados/discusión, conclusiones y originalidad/valor
v02	¿Guarda relación la estructura del resumen con la del caso clínico?
v03	¿Se encuentra el resumen localizado entre el título del caso clínico y el texto del documento original?
v04	¿Está compuesto de un solo párrafo?
v05	¿Está estructurado en varios párrafos?
v06	¿Aparece la estructura explícita?

v07	ASPECTOS GENERALES
v08	¿Se incluyen antecedentes sobre el tema (objetivo) desarrollado en el caso expuesto?
v09	¿Se distingue el objetivo principal del trabajo del o de los secundarios si los hay?
v10	¿El objetivo aparece explícitamente?
v11	¿Aparecen reproducidos los objetivos secundarios?
v12	¿Aparece el problema de salud y su importancia?
v13	OBJETIVOS/TEMA
v14	¿Se indica el número de pacientes?
v15	¿Se describen las características, el contexto y los aspectos primarios del paciente?
v16	¿Se da información del sexo del paciente?
v17	¿Se da información de la edad del paciente?
v18	¿Se ofrecen características demográficas comunes o contexto?
v19	PACIENTES/METODOLOGÍA
v20	¿Se especifica el tipo de trabajo efectuado? Por ej.: descriptivo, analítico, experimental
v21	¿Se explica el diseño del estudio?
v22	¿Se ofrece la duración del estudio?
v23	¿Se ofrece la descripción de la intervención?
v24	¿Se da una buena descripción de los métodos usados para los cuidados del paciente?
v25	¿Se indica el nivel de cuidado clínico?
v26	¿Se ofrece el diagnóstico?
v27	¿Se explican los criterios de valoración de las pruebas diagnósticas?
v28	¿Se usan descriptores técnicos?
v29	¿Se dan nombres comunes o sinónimos?
v30	INTERVENCIÓN/METODOLOGIA
v31	¿Se da información sobre las medidas?
v32	¿Se identifican las variables de forma explícita?
v33	¿Se ofrece la fuente de los datos?
v34	MEDIDAS DE VARIABLES/METODOLOGÍA
v35	¿Se proporciona información sobre los resultados obtenidos?
v36	¿Estos resultados son explícitos?
v37	¿Son resultados positivos?
v38	¿Son resultados negativos?
v39	¿Se mencionan las limitaciones?
v40	¿Incluye cambios en las medidas primarias?
v41	¿Se incluyen interpretaciones?
v42	¿Aparecen datos numéricos?
v43	¿Aparecen datos estadísticos?
v44	¿Todas las medidas descritas en el caso clínico tienen correspondencia en los datos ofrecidos en el resumen?
v45	RESULTADOS

v46	¿Se ofrecen las conclusiones a las que se ha llegado?
v47	¿Las conclusiones fueron consistentes con los resultados?
v48	¿Se mencionan las implicaciones del estudio?
v49	¿Se menciona su contribución a la literatura?
v50	¿Se dan recomendaciones para estudios posteriores?
v51	¿Resume anteriores secciones del resumen?
v52	CONCLUSIONES
v53	¿Se especifica explícitamente la originalidad del caso?
v54	¿Se describe explícitamente el valor biomédico del caso clínico?
v55	ORIGINALIDAD/VALOR

Tabla 46. Codificación de variables para el tratamiento y análisis de los datos. Fuente: elaboración propia

En la segunda parte del análisis y tratamiento de los datos se llevarán a cabo las comparaciones de los datos observacionales (variables, ítems o preguntas) entre, por un lado, tipos de resúmenes (estructurados y no estructurados) y, por otro, revistas. Por la naturaleza de los datos, para este tipo de análisis, se emplearán técnicas no paramétricas.

Las pruebas se realizarán para cada una de las variables (preguntas/ítems) del estudio; además, para cada bloque se ha creado una variable *suma* que lo describe, que también se analizará.

En el caso en el que se comparen resúmenes estructurados contra no estructurados se utilizará la Prueba U de Mann Whitney, que es la apropiada cuando la variable independiente (tipo) tiene 2 niveles. Si se obtiene un p valor inferior a 0.05 en la prueba indicará que hay diferencias para la variable que estamos testando entre los resúmenes estructurados y los no estructurados. Para saber en cuáles se puntúa más o menos hay que observar los datos obtenidos en el primer análisis anteriormente descrito.

Por otra parte, en el caso en que se comparen las revistas se utilizará la Prueba H de Kruskal-Wallis, que es la apropiada cuando la variable independiente (revista) tiene más de 2 niveles (en nuestro caso hay 3). Si se obtiene un p valor inferior a 0.05 en la prueba indicará que hay diferencias para la variable que estamos testando entre las 3 revistas. Para saber exactamente entre cuáles de esas 3 revistas se encuentran las diferencias, se realizarán comparaciones post hoc, con la corrección de Holm para no aumentar el error tipo α al llevar a cabo comparaciones múltiples.

Al respecto de estas estas pruebas, salvo que no haya efectuado una correcta y pertinente búsqueda bibliográfica al respecto o, habiéndola realizado, haya pasado por alto tal información, soy el primero que las ha usado para tratar los datos referidos a este estudio.

Hay que tener en cuenta, por cómo son los datos, que no se ha llevado a cabo un test que compare a la vez revista y tipo sino que se hace un análisis en general; después se coge un subconjunto de datos filtrado por un factor (tipo de resumen sin tener en cuenta la revista) y por otro factor (revista sin tener en cuenta el tipo de resumen). Debemos de ser conscientes que al llevarse a cabo tantas comparaciones utilizando los mismos datos se pierde el control sobre el error tipo α (no al buscar entre qué revistas hay diferencias porque eso se corrige mediante la técnica de *Holm*).

También tenemos que mencionar que en ocasiones el p-valor podría ser NaN. Esto puede suceder porque los subconjuntos de datos que se comparan son exactamente iguales y al calcular el estadístico se está dividiendo por cero. La conclusión cuando el p-valor es NaN es que no hay diferencias entre los niveles del factor.

La tercera y última parte en la que estructuran los resultados encontrados tiene que ver con la evolución a lo largo de los años de las variables en cada una de las revistas y en relación a los dos tipos de resúmenes analizados. En esta parte se han utilizado las mismas medidas que las usadas en la anterior por lo que la explicación sobre los valores hallados coincide con lo anteriormente comentado.

IV.RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo vamos a describir los datos y analizar los resultados hallados tras el análisis estadístico llevado a cabo de los mismos. La primera parte de la evaluación consistirá en el análisis descriptivo de cada revista por separado, es decir, se considerará cada revista y se analizará cada una de las variables que forman parte del cuestionario realizado para la obtención de datos para poder ver cómo se comportan dichas variables en cada revista en su conjunto y cómo ha sido la evolución de la misma durante los años de nuestro estudio.

La segunda parte consistirá en un análisis conjunto de las tres revistas que estamos estudiando para ver el comportamiento de las variables analizadas. Cada una de las secciones o *moves* en las que se debería estructurar un resumen son analizadas desde dos puntos de vista distintos: diferencias entre los tipos de estructuras de los resúmenes –estructurados y no estructurados- y, por otro lado, señalaremos las diferencias que encontramos entre las revistas.

Una tercera, y última parte, del análisis de los resultados encontrados estará centrada en la evolución de todas las variables a lo largo del tiempo, concretamente entre los años 2000 y 2012. El análisis del comportamiento de las variables durante los años de nuestro estudio se hará, por una parte, de cada una de las revistas de manera individualizada, y, por otra, sin diferenciar entre ellas.

IV.1. *Acta Cardiológica*

La descripción de la revista de *Acta Cardiológica* consistirá en el análisis de la misma mediante la división en las distintas secciones que debería contener un resumen modelo de caso clínico y que han sido enunciadas en el cuestionario que hemos utilizado para la recopilación de datos. Dentro de cada sección, por su parte, se analizarán las distintas variables en las que ha sido dividida dicha sección, y que hemos comentado en el punto 3.4. de este trabajo, desde una perspectiva global. Posteriormente, se analizará la evolución de cada una de las variables a lo largo de los años de nuestro estudio, sin hacer ninguna distinción entre tipos de resúmenes.

Después se procederá igual, aplicando el proceso al tipo de resumen, es decir, se procederá al análisis de las distintas secciones y las variables que las componen, en su

conjunto y por años, distinguiendo entre resúmenes estructurados y resúmenes no estructurados.

IV.1.1. Visión global de *Acta Cardiológica*

A continuación detallamos el análisis descriptivo de esta revista de forma conjunta, es decir, sin distinción entre tipos de resúmenes; el análisis versará sobre los 321 resúmenes encontrados. Dentro de cada sección aparecerán analizados los datos de conjunto y su comportamiento a través de los años marcados en el estudio²¹.

IV.1.1.1. Aspectos generales

Esta sección, que está relacionada con la parte estructural del resumen propiamente dicha, deja datos muy significativos que nos hacen tener una idea muy clara de cómo es la estructura de los resúmenes que acompañan a los trabajos aparecidos en esta publicación.

En el 99% de los resúmenes que hemos analizado, su estructura no se corresponde con el metamodelo estructural de resumen propuesto para ellos en un caso clínico (variable 1), es decir, su distribución, casi en totalidad de los casos, no responde a lo que debería de incluir el resumen: introducción, presentación del caso, resultados/discusión, conclusiones y originalidad/valor. Pero es que si observamos los datos encontrados vemos que tan sólo una tercera parte de los mismos, esto es, un 36% reflejan la estructura del caso clínico al que acompañan (variable 2).

En relación con su aspecto formal encontramos que casi la totalidad de los resúmenes, el 99%, se encuentran localizados entre el título y el texto del documento original (variable 3), siendo sólo en dos años, 2002 y 2011, donde aparecen resúmenes que no se encuentran ubicados en dicho lugar (el 6% de los resúmenes en 2002 y el 5% en 2011); y que alrededor del 82% están compuestos de un solo párrafo (variable 4), siendo sólo el 18% de los mismos los que se estructuran en dos o más párrafos (variable 5). Independientemente de que se traten de resúmenes compuestos de uno o más párrafos, la aparición de dicha estructura de forma explícita (variable 6) sólo se justifica en el 3% de los mismos.

²¹ Las tablas de las que se han obtenido los datos se pueden consultar en el anexo I que acompaña a este trabajo: Tablas de datos de *Acta Cardiológica*

Como hemos apreciado con los datos comentados hasta ahora, no todas las variables aparecen en todos los resúmenes examinados en los casos clínicos publicados entre 2000 y 2012 en esta revista; lo normal es que sólo aparezcan dos, como indica que casi el 63% de los resúmenes incluyen dos variables con valor positivo en su estructura, es decir, de presencia; le siguen aquellos que contienen tres variables (alrededor del 33%); y es sólo un 4% de los mismos los que recogen en su estructura cuatro de ellas.

Si observamos la evolución de cada una de las variables que componen esta sección nos damos cuenta que la variable 1, por el valor tan alto que antes hemos comentado, sigue la misma tendencia a lo largo de los años; esto es, en casi la totalidad de los años ninguno de los resúmenes que aparecen en dicho año responden a la estructura del metamodelo estructural de resumen propuesto en nuestro estudio; solamente hay dos años, el 2000 y el 2007, en donde el 14 y el 3% de los resúmenes respectivamente responden a dicha estructura.

En la variable 2, que estudia la relación entre la estructura del resumen y la del caso clínico al que acompaña, observamos que en ninguno de los trece años de estudio los resúmenes que contienen dicha relación, en cada uno de los años, superan el 50% de ellos, a excepción de los años 2004 y 2005, donde la cifra de aparición de esta relación sube al 50 y 63% respectivamente, oscilando los demás años (los que no llegan al 50% de presencia) entre valores que rondan tan solo del 25 al 42%.

La composición del resumen en un solo párrafo es la que predomina a lo largo de los años de estudio: del 64% de los resúmenes en 2000 se llega al 92% en el año 2012, siendo ésta la estructura preferida o recomendada quizá por el problema de espacio del que adolecen todas las publicaciones a la hora de presentar los trabajos en la misma.

Lo mismo ocurre con la no presencia de la estructura de forma explícita a través de los años. En el decurso del tiempo los resúmenes que no muestran su estructura de forma explícita son casi la totalidad de ellos: en años como 2000 a 2002, 2005 y 2006, 2008 y 2012 ninguno de los resúmenes han mostrado su estructura explícitamente, mientras que en 2003, 2004, 2007 y de 2009 a 2011, aunque no alcanzan el pleno, rondan todos esos años alrededor del 97% de ausencia de la misma. Esto, a nuestro parecer, dificulta la comprensión y lectura del resumen, pues si bien lo único que interesa al investigador es conocer los resultados de los estudios o elegir un caso por alguna parte concreta o dato que le interese, deberá leer la totalidad del resumen para encontrar el lugar o zona textual donde se incluyen esos datos, sin saber si dicho

resumen los recoge o no; esto conlleva, por tanto, una pérdida de tiempo para el profesional.

(Vid. Anexo I tablas 1-16, págs. 397-399)

IV.1.1.2. Objetivos/Tema

En general, la presencia de esta sección dentro de los resúmenes analizados se manifiesta en los datos que hemos obtenido y que comentaremos a continuación, puesto que más del 62% de los resúmenes incluyen antecedentes sobre el tema u objetivo desarrollado en el caso clínico al que acompañan (variable 8). Por su parte, en casi el 93% de los resúmenes se distingue el objetivo principal del trabajo del o de los secundarios en el caso de haberlos (variable 9), aunque tan sólo el 5% lo haga de manera explícita (variable 10) por medio de expresiones como: *el objetivo del caso es...*, *nuestro objetivo es...*, *con este estudio se pretende...*²². En los primeros años, en los resúmenes encontrados en los casos clínicos de esta revista, se distingue clara y plenamente el objetivo principal del secundario, cuando los había; pero es a partir de 2007 cuando ya no aparece en el 100% de los resúmenes, como había ocurrido hasta ahora, bajando su presencia al 70% de los mismos, aunque en 2009 volverá a subir dicha presencia al 91%, aumentando progresivamente en los años sucesivos, llegando de nuevo a la totalidad de los mismos en 2012 (cerca del 98%).

No ocurre lo mismo cuando analizamos la variable 11, es decir, la que se relaciona con la reproducción en el resumen de objetivos secundarios, puesto que sólo en el 1% de los resúmenes aparecen dichos objetivos secundarios. Sólo hay tres años, 2002, 2007 y 2012, con resúmenes donde aparecen reproducidos los objetivos secundarios, pero de una manera muy poco representativa: en 1 de los 16 resúmenes de 2002, en 2 de los 30 de 2007 y en 1 de los 41 de 2012.

La variable del objetivo principal está muy relacionada con la que habla de la aparición del problema de salud y su importancia (variable 12): cerca del 99% de los resúmenes de los casos clínicos analizados recogen el problema de salud y su importancia; y digo que ambas variables están muy relacionadas porque el objetivo principal se basa en la mayoría de los casos en el problema de salud del paciente y en la importancia del mismo como para escribir un caso clínico al respecto. Este porcentaje

²² Este tipo de expresiones han sido analizadas cuando hemos expuesto esta variable en el cuestionario propuesto para la recogida de datos.

quiere decir que la tendencia a través de los años ha sido la de que en todos sus resúmenes aparezca dicho problema. Pese a ello, hay años, como el 2002, 2007, 2009 y 2012 en los que se no ha aparecido en todos los resúmenes, aunque la cifra de los que sí ha oscilado entre el 94 y el 98%, no teniendo estas bajadas una explicación clara ni definida.

En esta sección relacionada con el objetivo la tendencia revela que aparecen resúmenes que contienen tres de las cinco variables que hemos incluido en la misma: el 54% de los resúmenes demuestran esto; le siguen, con un 37%, aquellos que contienen solamente dos variables. Tan sólo el 5% de los resúmenes recogen cuatro de las variables, habiendo también resúmenes que sólo muestran una de ellas (4%).

Como hemos dicho anteriormente, los antecedentes sobre el tema están muy presentes en la mayoría de los resúmenes aparecidos en esta revista entre 2000 y 2012; cierto es que empezó con fuerza a aparecer este dato, puesto que cerca del 93% de los resúmenes lo contenía; sin embargo a partir de 2001 empezó a disminuir su presencia de manera clara, hasta que en el año 2012 sólo aparecía en el 56% de los resúmenes. En todos los años el descenso ha sido moderado pero esto cambia en el año 2003, año en el que la presencia de este dato sólo se produjo en un 30% de los resúmenes, cifra muy baja si la comparamos con la de los anteriores años que han girado alrededor del 68%, y en 2010 con un 47%.

El que el objetivo del caso no aparezca de forma explícita ha sido una constante a través de los años. Hay una tendencia a que no sea de forma explícita, aunque no sigue un patrón fijo a través de los años. Hay años en los que en ninguno de los resúmenes se ha mencionado de dicha manera: 2001, 2002, 2005, 2006, 2010 y 2012; en los siete años restantes sí que se han utilizado las expresiones antes mencionadas, aunque con valores muy pocos significativos, entre el 3 y el 14%, aunque en el año 2007 se alcanzó casi en el 27% de los resúmenes.

(Vid. Anexo I tablas 49-62, págs. 405-467)

IV.1.1.3. Metodología/Pacientes

En relación con la indicación del número de pacientes que recoge el estudio (variable 14), cerca del 74% de los resúmenes mencionan este dato. De todas las demás variables, excepto de la 18, se ronda la mitad de los resúmenes que las tienen y los que no: de los resúmenes analizados el 51% describen las características, el contexto y los

aspectos primarios del paciente (variable 15), el 52% dan información sobre el sexo del paciente (variable 16) y el 49% la dan sobre la edad del mismo (variable 17).

Un dato claro es que sólo el 5% de los resúmenes analizados se hacen eco de las características demográficas comunes o el contexto (variable 18); esto es debido a que esta variable está referida a estudios de dos o más pacientes, por lo que nos deja claro que hay pocos estudios en los que se analizan dos pacientes de manera conjunta. Si vemos esta variable a lo largo de los años del estudio, su tendencia a no aparecer es constante en todos los años, teniendo valores superiores al 79% de ausencia, habiendo años en la que la ausencia de resúmenes es plena (2002, 2004, 2005, 2010 y 2012).

Si agrupamos los resúmenes en función de las variables relacionadas con los pacientes que se incluyen en ellos podemos ver que predominan los resúmenes en los que se mencionan cuatro de las cinco variables que hemos incluido en esta sección, representando el 30% de ellos, seguidos, dato que llama la atención, por los que no mencionan ninguna, que ascienden al 22% de los mismos, y los que incluyen tres (21%) y dos (15%). Sólo un 1% de los resúmenes incluyen entre sus líneas las cinco variables propuestas.

Es de destacar que en ninguno de los años del estudio en esta revista se indica el número de pacientes en todos sus resúmenes, aunque la presencia del dato siempre gana a la ausencia del mismo. Los datos aportados demuestran que el porcentaje de aparición de esta variable está entre el 56% (año 2001) y el 90% (año 2004), aunque la media ronda el 70%, sobre todo en los años finales del estudio, no habiendo una correlación concreta en la subida y bajada en la presencia de este número.

La mención de las características, el contexto y los aspectos primarios del paciente sufre una evolución a través de los años tendente a la baja, especialmente en los últimos años; en el año 2000 el 79% de los resúmenes mostraban su presencia, manteniendo este dato más o menos constante a lo largo de los años siguientes con una variación de un 10% por encima o por debajo; pero es a partir de 2006, con sólo un 60% de presencia, cuando empieza una evolución a la baja en la aparición de esta variable: del 84% de 2005 pasa a un 17% en 2012, siendo la bajada constante y progresiva, año tras año, aunque espectacular si comparamos el primer y el último dato.

En lo que respecta a la mención del sexo del paciente no existe una evolución clara en el cambio de postura de mencionar o no dicha característica. Sí hemos encontrado que en siete de los años analizados gana la ausencia de mención del sexo del paciente (años 2001 y 2002, y de 2005 a 2009), donde ese porcentaje oscila entre el 53 y

el 65%, (aunque en el año 2001 la ausencia del mismo se dispare hasta el 81%). Cuando sí mencionan el sexo del paciente la cifra entre la que ronda es entre el 50 y el 71%.

En la mayoría de los años la edad del paciente no se menciona, como sucede con la anterior variable que hemos comentado; sólo en seis de los trece años la mención de la edad supera a la ausencia de la misma, dato que quizá se obvia de manera errónea, puesto que la edad es un dato importante y determinante en las enfermedades cardiológicas (al igual que en otras especialidades) para ver lo llamativo de la enfermedad o caso en pacientes de una edad determinada.

(Vid. Anexo I tablas 91-104, págs. 411-414)

IV.1.1.4. Metodología/ Intervención

En esta sección podemos destacar que en la totalidad de los resúmenes encontrados en los casos clínicos está presente la ausencia del tipo de trabajo efectuado (variable 20), es decir, en el 100% de los resúmenes de todos los años la presencia de esta variable es nula, tendencia que no cambia y sigue en todos los años de nuestro estudio. En ellos, además podemos destacar que hay variables cuya presencia también es nula o casi nula: el diseño del estudio (variable 21), la duración del estudio (variable 22), la descripción de los métodos usados para el cuidado del paciente (variable 24), el nivel de cuidado (variable 25) y los criterios de valoración de las pruebas diagnósticas (variable 27) son claro ejemplo de ello, puesto que entre el 86 y el 99% de los resúmenes carecen de dichos datos -los cuales nos podrían dar una descripción muy detallada del proceso llevado a cabo en el paciente- limitándose esta sección, dentro de la metodología, a mencionar simplemente la intervención (variable 23), aunque sólo en el 60% de los casos, y ofrecer el diagnóstico (variable 26), cuya cifra alcanza el 97%.

Para la descripción de esta intervención la mayoría de los resúmenes de casos clínicos utilizan nombres comunes o sinónimos (variable 29), un 86% concretamente, apareciendo sólo descriptores técnicos en el 30% de los mismos (variable 28). El uso de descriptores técnicos (variable 28) no es constante en los resúmenes aparecidos en nuestros años de estudio, aunque se produce un aumento en el uso de los mismos a partir de 2006. Este dato está muy relacionado con el que menciona el uso de nombres comunes o sinónimos (variable 29) puesto que aunque se produce un aumento en el uso de los descriptores técnicos también se produce un aumento en el uso de nombres

comunes o sinónimos, es decir, que junto que el descriptor técnico aparece su denominación común o sinónimo en un lenguaje no tan científico y especializado.

Diez son las variables que aparecen dentro de esta sección de intervención, no habiendo ningún resumen que incluya todas, predominando los resúmenes que incluyen tres variables (36%), seguidos de los que en ellos se incluyen dos (con un 33%) y cuatro (18%), disminuyendo conforme sumamos variables al resumen.

La tendencia, como hemos señalado anteriormente, es que en el transcurso de los años, no se explique el diseño del estudio llevado a cabo (variable 21); de hecho, sólo en los años 2003 y 2007 se mencionan en tan sólo 1 de los 20 resúmenes que aparecieron en 2003 y en 6 de los 30 en 2007.

La duración de estudio (variable 22) a lo largo de los años se ha mantenido constante; la tendencia ha sido a no ser mencionada en el resumen, aunque no podemos decir que de manera absoluta, ya que hay años en los que sí se menciona, concretamente en 2000, de 2002 a 2004, en 2009 y en 2011 y 2012 con una representación sólo entre el 2 y el 10%.

En todos los años de esta publicación aparece la descripción de la intervención (variable 23), aunque no se aprecia una tendencia clara de aumento o disminución de su aparición, situándose ella entre el 50 y el 75%, a excepción del año 2001 donde la ausencia de la misma superó a su presencia (el 70% carecieron de la intervención en sus resúmenes).

Esta tendencia de aparición no sucede con la descripción de los métodos usados para el cuidado del paciente (variable 24); en los años de nuestro estudio ronda tan sólo del 6 al 15% de aparición, sin ningún patrón fijo de comportamiento, aunque el año 2005 es una excepción en esta tendencia pues su aparición aumenta hasta un 42%. Mencionar que tan solo en dos años, 2006 y 2008, la presencia de esta variable es nula.

El nivel de cuidado clínico (variable 25) sigue la tendencia de ausencia de las anteriores variables; salvo en 2011 y 2012, en ningún año se menciona este nivel de cuidado, aunque en dichos años la presencia es del 2% y cerca del 5% respectivamente.

Los criterios de valoración de las pruebas diagnósticas (variable 27) siguen la tendencia expresada hasta ahora en las variables ya comentadas: el porcentaje de aparición va entre el 3% y el 25%, aunque en la mayoría de los años la cifra está alrededor del 17%.

Algo contrario de lo mencionado hasta ahora sucede con lo que se refiere al diagnóstico (variable 26); en todos los años se menciona esta información, de una

manera total de 2000 a 2003 y en 2005. A partir de este último año, el porcentaje de aparición va disminuyendo, aunque siempre rondando valores que están entre el 86 y el 97%, debiéndose a que en muchos de los casos, la publicación del caso está justificada porque no se describe una variable de enfermedad o efecto adverso sino que se describe una nueva técnica médica.

(Vid. Anexo I tablas 133-156, págs. 419-422)

IV.1.1.5. Metodología/Medidas de variables

En esta sección última parte perteneciente a la metodología del estudio los datos hablan por sí mismos: en alrededor del 97% de los resúmenes ni se da información sobre las medidas (variable 31) ni se identifican las variables de forma explícita (variable 32). Lo más claro es que se impone la ausencia total de las fuentes de datos (variable 33). Como muestran estos datos, lo normal es que el 97% de los resúmenes, es decir, 310 de los 321 resúmenes, no incluyan ninguna variable entre sus líneas, y que tan sólo alrededor del 3% lo hagan con dos.

La información sobre las medidas (variable 31) tan sólo aparece en 2002, 2003, 2007 y 2008, coincidiendo también en dichos años, salvo en 2008, con la identificación de dichas variables de forma explícita (variable 32), algo que parece lógico porque la forma de dar información sobre las medidas es identificándolas explícitamente.

(Vid. Anexo I tablas 205-214, págs. 430-432)

IV.1.1.6. Resultados

De los resúmenes estudiados tan sólo el 35% de ellos ofrecen información sobre los resultados (variable 35), haciéndose de forma explícita tan sólo en el 3% de los casos (variable 36) –en los años 2002, 2003, 2007 y 2011- mencionándose todos los que aparecen en el texto (variable 44) sólo en el 1% de los casos. El predominio de ausencia en la mención de resultados negativos (variable 38) es notable, el 93% no los mencionan, aunque la mención de los positivos (variable 37) tampoco es muy significativa, ya que sólo el 26% los mencionan, manteniéndose la constante de baja mención en todos los años, aunque en 2009 alcanzó dicha mención de resultados positivos el 44% de los resúmenes.

En ningún caso se mencionan las limitaciones encontradas (variable 39) ni se incluyen cambios en las medidas primarias (variable 40), aunque en esta última encontramos un resumen de entre los 321 que en el año 2000 incluye dichos cambios. Por su parte, interpretaciones de los resultados (variable 41) sólo las encontramos en el 4% de los resúmenes.

Los resultados ofrecidos en estos resúmenes no responden ni a resultados numéricos (variable 42), ni a resultados estadísticos (variable 43), representando sólo el 3% y el 2% respectivamente. Hay siete años en los que no se mencionan ningún dato numérico: 2000, 2001, 2005, 2006 y a partir de 2010; y sólo tres años en los que se mencionan datos estadísticos: 2003, 2004 y 2007, aunque sólo con una frecuencia del 5% (en los dos primeros años) y del 17% (en 2007).

En esta sección el 62% de los resúmenes no contienen ninguna de las variables comentadas; a estos resúmenes les siguen los que tienen dos variables (alrededor del 25%), coincidiendo en la mayoría de los casos con la presencia de la variable 35 y 37 o 38, es decir, con la mención de resultados y del valor que tienen dichos resultados; les siguen los que tienen una (casi un 6%), los que tienen cuatro (un 2%) y con sólo cerca del 1% los que tienen cinco.

Como hemos visto la tendencia a no mencionar los resultados (variable 35) es clara, puesto que si vemos este dato a lo largo de los años podemos apreciar que ha ido disminuyendo su inclusión de manera constante: del 57% de los resúmenes alcanzado en 2007, pasamos a un 12% en 2012, registrando aisladamente aumentos de la misma en 2009, rozando el 47% de presencia.

(Vid. Anexo I tablas 235-258, págs. 435-439)

IV.1.1.7. Conclusiones

De los resúmenes de casos clínicos analizados en esta publicación en más del 64% no se menciona ningún tipo de conclusión (variable 46) y de las que sí se mencionan, tan sólo un 11% fueron consistentes con los resultados (variable 47).

La tendencia es que en la mayoría de los resúmenes no aparezcan ni las implicaciones del estudio (variable 48), ni se den recomendaciones para estudios posteriores (variable 50), en ambos casos sólo cerca del 1% lo hacen. Lo que sí aparece, aunque su presencia sólo asciende al 14% es la mención de su contribución a la

literatura (variable 49), aunque no existe un patrón fijo de aparición a lo largo de los años, no llegando a superar el 25% en ningún año, a excepción de 2000 donde la presencia fue del 57% y en 2003 de 35%. Lo que sí queda claro es que ninguno de los 321 resúmenes resume ninguna de las anteriores secciones del resumen (variable 51).

Con los datos que hemos ofrecido podemos decir que el 56% de los resúmenes no incluye ninguna de las variables, que alrededor del 31% ofrecen sólo una variable, casi el 11% dos variables y tan solo el 3% incluyen tres de las seis variables.

A través de los años la mención de las conclusiones (variable 46) es constante en su valor, rondando entre el 25 y el 42%, aunque hay un caso, el año 2007, donde cerca del 57% de los resúmenes ofrecen conclusiones. Un hecho a destacar es que en el año 2001 no hubo ninguno de los 16 resúmenes que incluyeran las conclusiones.

Al igual que sucede con esta variable, la consistencia de las conclusiones con los resultados (variable 47) sigue una tendencia de poca representación de resúmenes a lo largo de los años, no superando su presencia el 25% en ninguno de los años.

(Vid. Anexo I tablas 307-322, págs. 447-449)

IV.1.1.8. Originalidad/Valor

No podemos decir que esta sección esté ausente de manera total, ya que en una de las variables que la comprenden no aparecen valores absolutos de ausencia; la variable en la que se especifica explícitamente la originalidad del caso (variable 53) aparece en casi el 1% de los resúmenes considerados, concretamente en 2 de los 14 resúmenes de 2002 y en 1 de los 20 de 2003.

La que tiene una ausencia total es la relacionada con la descripción explícita del valor biomédico del caso clínico (variable 54).

Por todo esto, está claro que el predominio de resúmenes con ninguna de las dos variables sea del 99%.

(Vid. Anexo I tablas 355-362, págs. 454-455)

IV.1.2. *Acta Cardiológica* con resumen estructurado

Ahora llevaremos a cabo el mismo análisis que hemos realizado globalmente para esta revista pero sólo en los resúmenes estructurados, solamente 12, aparecidos en los casos clínicos publicados entre 2000 y 2012 en *Acta Cardiológica*, concretamente

sólo seis años contienen resúmenes de este tipo estructurado: 2003, 2004, 2007, 2009, 2010 y 2012.

IV.1.2.1. Aspectos generales

Esta sección destaca por sus cifras. Ninguno de los resúmenes responde a la estructura del metamodelo de resumen de caso clínico propuesto (variable 1). Lo contrario ocurre cuando hablamos de la relación de este resumen con la estructura del caso al que acompaña (variable 2): cerca del 92% de los resúmenes guardan esta relación. En todos los años encontramos que dicha relación es del 100%, salvo en el año 2007, donde ese grado de relación baja hasta casi el 86% de los resúmenes

En cuanto a su ubicación el 100% de los resúmenes se ubica entre el título y el texto del caso clínico original (variable 3). Los datos sobre la morfología de los mismos indican que el 100% de los resúmenes están compuestos por más de un párrafo (variable 5) y que en todos aparece dicha estructura de forma explícita (variable 6), esto último lógico por el tipo de resumen que estamos tratando, el cual goza de alto grado de normalización en estas cuestiones, y por las instrucciones que se dan a los autores por parte de los comités editoriales de las publicaciones.

En este tipo de resumen predominan los que tienen cuatro de las variables con valor positivo, indicado así por un porcentaje que se acerca al 92%.

(Vid. Anexo I tablas 17-32, págs. 400-402)

IV.1.2.2. Objetivos/Tema

En esta sección encontramos valores absolutos de presencia en dos de las cinco variables que la componen: el 100% distinguen el objetivo principal del trabajo del o de los secundarios cuando los hay (variable 9), aunque sólo en el 83% de forma explícita (variable 10) puesto que en 2004 y 2010 en ninguno de los resúmenes aparece explícitamente; y, también, en el 100% aparecen el problema de salud y su importancia (variable 12), ambos íntimamente relacionados.

Por su parte, los antecedentes sobre el tema desarrollado en el caso expuesto (variable 8) están presentes en casi el 67% de los resúmenes y en sólo alrededor del 17% aparecen los objetivos secundarios (variable 11). La tendencia que se observa en relación a la inclusión o no de los antecedentes no es la misma en todos los años: en tres

de los años (2003, 2004 y 2010) aparecen en todos sus resúmenes, en 2007 es del 71% y en 2009 y 2011 la ausencia de los mismos es plena. En relación a la segunda variable de las comentadas es curioso ver que ese porcentaje hace referencia a sólo uno de los seis años, concretamente en 2007, apareciendo sólo en dicho año objetivos secundarios.

Con estos datos podemos afirmar que predominan los resúmenes que contienen cuatro de las cinco variables (alrededor del 67%), mientras que el resto de resúmenes contienen tres.

(Vid. Anexo I tablas 63-76, págs. 407-409)

IV.1.2.3. Metodología/Pacientes

En esta parte, de pacientes dentro de la metodología no existen valores absolutos de ausencia o presencia en ninguna de sus variables, aunque sí hemos de mencionar que la mayor parte de los valores que predominan son valores de ausencia; variables como el sexo (variable 16), la edad (variable 17) y las características demográficas o contexto (variable 18), llegan a cerca del 67% de ausencia en las primeras dos variables y a un 58% en la última de ellas (apareciendo sólo resúmenes que incluyen este dato en 2007). Por su parte, en el 83% de los resúmenes se indica el número de pacientes (variable 14) y en la mitad de ellos se describen las características, el contexto y los aspectos primarios del paciente (variable 15).

De todo lo expuesto podemos decir que existe un predominio de los resúmenes que incluyen dos, tres y cuatro de estas variables, representando con una cifra del 25% en cada uno de los casos; detrás de ellos nos encontramos los que contienen una variable (alrededor del 17%) y hay un 8% que no incluyen ninguna.

En relación con el número de pacientes (variable 14) podemos decir que no hay una tendencia clara que justifique su ausencia o presencia; en cuatro de los seis años en todos los resúmenes aparecen el número de pacientes del estudio. En 2007 la presencia de este dato roza el 86% de los resúmenes y destacar en que 2010 la ausencia del mismo es total.

Por su parte, lo que se aprecia en relación a las características del paciente (variable 15) es que en tres años la presencia es total, en 2007, como en el anterior caso la presencia es del 43%, y en 2003 la ausencia es total. Este mismo patrón de aparición,

aunque con distinto porcentaje de presencia en 2007 (14%), se sigue en la mención del sexo del paciente (variable 16) y la de la edad (variable 17).

(Vid. Anexo I tablas 105-118, págs. 414-416)

IV.1.2.4. Metodología/ Intervención

En esta subsección dentro de la sección de metodología podemos comprobar que existen datos muy claros: en ninguno de los resúmenes ni aparece el tipo de trabajo efectuado (variable 20) ni el nivel de cuidado clínico (variable 25). En el polo opuesto encontramos la descripción de la intervención (variable 23) y el diagnóstico (variable 26). El diseño del estudio (variable 21) lo encontramos en el 50% de los casos, sólo apareciendo en 2003, en la totalidad de sus resúmenes, y en 2007, en sólo el 71% de los mismos.

No llegando a la totalidad de los mismos, se sitúa la ausencia en lo referido a información sobre los criterios de valoración de pruebas diagnósticas (variable 27), concretamente un 8%, produciéndose esta presencia sólo en los resúmenes aparecidos en 2009; y datos sobre la duración del estudio (variable 22), con sólo cerca de un 17% de presencia de dicho dato en un único año, el 2007. Algo más de presencia se produce en la descripción de los métodos usados para el cuidado del paciente (variable 24) que se aproxima al 33% de los resúmenes. En relación a esta última variable no se aprecia una tendencia clara en su presencia o ausencia, aunque a lo largo de los años se aprecia una disminución de la presencia de esta variable: en los dos primeros años su presencia es total, bajando drásticamente en 2007 a sólo un 14% de presencia de la misma y convirtiéndose en 2009 y 2010 en una ausencia total; esta tendencia vuelve a cambiar en 2011 cuando la presencia vuelve a ser total.

Destacan en estos resúmenes la presencia de descriptores técnicos (variable 28) y nombres comunes o sinónimos (variable 29) en su exposición, situándose en el 75% y 67% respectivamente.

El uso de unos u otros no tiene una tendencia clara. En tres años -2003, 2010 y 2011- la ausencia de descriptores técnicos es total, ocurriendo el fenómeno contrario en los otros tres años. Si esto es así, la tendencia respecto al uso de nombres comunes o sinónimos es la contraria: donde no se usan descriptores técnicos de forma total, se usan en su totalidad nombres comunes o sinónimos, salvo en el año 2007 en el que pese a

utilizarse descriptores técnicos en un 71% de los casos también se usan nombres comunes o sinónimos, quizá por el desarrollo o explicación de dichos descriptores.

Con todo lo expuesto, podemos afirmar que predominan los resúmenes que incluyen cuatro de estas variables en su estructura (50%), seguidos de los que tienen cinco (25%), los que tienen seis (cerca del 17%) y los que tienen tres (8%).

(Vid. Anexo I tablas 157-180, págs. 423-426)

IV.1.2.5. Metodología/Medidas de variables

En relación con las medidas de las variables que aparecen en los resúmenes podemos decir que en el 50% de los casos se da información sobre las medidas (variable 31), aunque sólo en casi el 42% de los mismos aparecen esas variables de forma explícita (variable 32) apareciendo ambas variables, a la vez, sólo en los resúmenes de 2007, significando que cuando se da información aparece explícitamente. Lo que sí ofrece un resultado absoluto es la ausencia total de información sobre las fuentes de los datos (variable 34).

Con todo esto, podemos decir que la mitad de los resúmenes no contienen ninguna de las variables, seguidos de alrededor del 42% que recogen dos y tan sólo un 8% en los que aparece una.

(Vid. Anexo I tablas 215-224, págs.432-433)

IV.1.2.6. Resultados

De los resúmenes estudiados, encontramos valores absolutos en cuatro de las diez variables que forman parte de esta sección. En la totalidad de los resúmenes se da información sobre los resultados obtenidos (variable 35), aunque sólo el 58% de los mismos lo hagan de forma explícita (variable 36), apareciendo éstos solamente en 2003 y 2007; en la parte opuesta, en la totalidad de ellos están ausentes las limitaciones (variable 39), los cambios en las medidas primarias (variable 40), y las interpretaciones (variable 41).

La mención de resultados positivos (variable 37) se hace en alrededor del 67% de los casos, mientras que la mención de negativos (variable 38) sólo supone casi un 17%, valor que también coincide con los resúmenes en los que están presentes todas los resultados que se mencionan en el texto (variable 44), apareciendo esto último sólo en

2003 y 2007. La presencia de valores positivos se inicia en 2007 y se mantiene la presencia total de ellos en años sucesivos; la de negativos, por su parte, sólo aparece en 2007 y 2009.

En relación con los datos que ofrecen, sólo el 25% de los resúmenes ofrecen datos numéricos (variable 42), asciendo un poco en lo que respecta a la aparición de datos estadísticos (variable 43), que llegan a casi el 42%. En la presencia o ausencia de los mismos no hay una tendencia clara: la aparición de datos numéricos sólo se refleja en 2003, 2007 y 2009, siendo sólo del 14% en el año central; por su parte, la aparición de datos estadísticos sólo se refleja en el año 2007, estando ausentes en el resto de años.

A partir de lo mencionado más arriba, afirmamos que el 33% de los resúmenes incluyen cuatro variables, siguiéndoles con un 25% los que incluyen dos. Cerca del 17% son los que incluyen dos y cinco variables y un 8% sólo incluye una.

(Vid. Anexo I tablas 259-282, págs. 439-442)

IV.1.2.7. Conclusiones

El análisis de esta sección está marcado por la presencia total de conclusiones (variable 46) en todos los años, siendo casi el 92% de los casos los que lo hicieron de manera consistente con los resultados (variable 47) –solamente los aparecidos en 2009 no fueron consistentes.

Por su parte, tres de las seis variables que conforman esta sección alcanza un valor pleno de ausencia: implicaciones (variable 48), recomendaciones (valor 50) y el resumen aquí de las otras secciones del resumen (variable 51). Aunque no llega a la ausencia total, la contribución del caso a la literatura (variable 49) sólo aparece en el 8% de los resúmenes, concretamente los resúmenes que acompañaron los casos clínicos aparecidos en 2007.

Los resúmenes que predominan son los que tienen dos de las seis variables comentadas, suponiendo el 83% de los mismos; le siguen los que incluyen una y tres variables, con un 8% cada uno.

(Vid. Anexo I tablas 323-338, págs. 449-451)

IV.1.2.8. Originalidad/Valor

La tendencia que se aprecia en esta sección es clara y está marcada por la ausencia total de la misma en todos los resúmenes, es decir, ni se especifica explícitamente la originalidad del caso (variable 53) ni se describe explícitamente el valor biomédico del caso (variable 54).

Vid. Anexo I tablas 363-370, pág. 456)

IV.1.3. *Acta Cardiológica* con resumen no estructurado

Los 309 resúmenes no estructurados aparecidos en esta revista entre los años 2000 y 2012 también han sido objeto de un análisis individualizado de los mismos, tanto en su conjunto como en su evolución por años.

IV.1.3.1. Aspectos generales

La tendencia en esta sección es a que aparezcan valores negativos o de ausencia entre los datos encontrados, aunque no en todas las variables. Hay una ausencia total en lo relacionado con la aparición de forma explícita de la estructura del resumen (variable 6), algo que no es de extrañar tratándose de resúmenes no estructurados.

Casi se alcanza la ausencia de resúmenes que responden a la estructura del resumen de caso clínico modelo (variable 1), representando sólo cerca del 1% su presencia, apareciendo solamente en 2000 (14%) y en 2007 (4%). Es alto también el valor que representa la ausencia de relación entre la estructura del resumen (variable 2) con la del caso clínico al que acompaña (casi el 66%). En relación con esto último, el único año en el que los resúmenes que guardan esta relación están por encima de los que no es en 2005 con un 63% de los casos; en el resto de años no se supera una presencia de entre un 25 y un 48%.

Salvo en 3 de los 309 de los resúmenes, todos se encuentran localizados entre el título y el texto completo del documento al que acompañan (variable 3).

En cuanto a su composición, predominan los resúmenes que están compuestos de un solo párrafo (variable 4) frente a los que lo hacen en dos o más párrafos (variable 5); los primeros representan el 85% de los mismos frente al 15% de los que lo hacen en varios párrafos, repartidos a través de todos los años; sólo en el año 2003 la

composición en un solo párrafo fue total, siendo en el resto de años entre el 70 y el 94%.

En relación al número de presencia de unas variables y otras, el 65% de los resúmenes incluyen dos de las seis variables, seguidos de los que contienen tres (cerca del 37%), estando los restantes igualmente repartidos entre los que incluyen cuatro o una.

(Vid. Anexo I tablas 33-48, págs. 402-404)

IV.1.3.2. Objetivos/Tema

Como en la revista en general y en los resúmenes estructurados, los valores mencionados con esta sección, concretamente los relacionados con la distinción del objetivo principal (variable 9) y la aparición del problema de salud y su importancia (variable 12) son muy altos, rodando el 93% en el primero y el 99% de ellos en el segundo. Desde 2000 a 2006 la distinción del objetivo principal es total en todos los resúmenes de todos los años; sin embargo, a partir de 2007 se va produciendo una disminución de la misma, aunque en 2009 de nuevo vuelve a subir notablemente la presencia de ellos pero no llegando a valores absolutos sino que se queda en valores que rondan el 94% de los resúmenes.

El problema de salud y su importancia aparece en todos los resúmenes de 9 de los 13 años; pese a ello, en 2002, 2007, 2009 y 2012, aunque no llegan a la totalidad, suponen como media más del 96% de los resúmenes en los que sí aparecen.

Caso contrario sucede con que el objetivo principal aparezca explícitamente (variable 10), ya que sólo roza el 3% de ellos, y con que aparezcan objetivos secundarios (variable 11) que se queda sólo en casi el 1% de los mismos. La tendencia a que el objetivo principal aparezca explícitamente ha sido la misma, no aparecer con valores muy altos de ausencia llegando en 2001, 2002, 2005, 2006, 2009, 2010 y 2012 a la totalidad de los mismos; en el resto de años se supera el 85% de resúmenes en los que no hace de dicha forma. En cuanto a los objetivos secundarios, sólo en 2002 y en 2012 aparecen resúmenes que los indican, aunque sólo en el 6% en el primer año y el 2% en el segundo.

Los antecedentes sobre el tema (variable 8), por su parte, son mencionados en el 61% de los resúmenes. En casi todos los años la presencia de los antecedentes supera el 50% de presencia. Sólo el año 2003 y 2010 adolecen de esta presencia, aunque no con

valores absolutos sino que en uno de los años representa sólo el 26% esa presencia (2003) y en el otro el 46% (2010); aunque no podemos decir que la presencia en el resto de años sea muy alta, puesto que hay algunos en los que la presencia se queda alrededor del 63%. Mencionar el caso de 2000, 2002 y 2006 donde su presencia supuso el 93%, 87% y 75% respectivamente.

En esta sección el 55% de los resúmenes incluyen tres variables de todas las que aparecen en la misma, seguidos del 39% que incluyen dos; el resto de resúmenes se reparten entre los que incluyen una (cerca 4%) y los que incluyen cuatro (2%).

(Vid. Anexo I tablas 77-90, págs. 409-411)

IV.1.3.3. Metodología/Pacientes

Cuatro de las cinco variables están presentes en esta subsección de la sección de metodología de una forma u otra en los resúmenes analizados, aunque en ninguno de los casos de forma absoluta. Los valores que ofrecen son muy dispares: en el 73% de los resúmenes se ofrece el número de pacientes (variable 14); y las características del paciente (variable 15) y el sexo del mismo (variable 16) aparece en el 50% de los resúmenes.

En el polo opuesto destacan las variables en las que predomina su ausencia: la edad del paciente (variable 17) sólo se menciona en el 49% de los resúmenes; y los resúmenes que ofrecen características demográficas comunes (variable 18) sólo ascienden al 3%.

En todos los años existen resúmenes donde se menciona el número de pacientes (variable 14) por encima del 50%, aunque no se llega a superar el 89% de presencia de 2004. La evolución no es constante, aumentando o disminuyendo la presencia de esta variable de forma aleatoria.

La trayectoria que sigue la mención de las características del paciente (variable 15) sí que se mantiene en alza desde 2000 a 2005, año en el que empieza a bajar progresivamente, siendo la bajada más brusca a partir de 2010 donde la presencia de las mismas se sitúa solo en el 34%, bajando a 15 y 17% en los dos años siguientes.

El sexo (variable 16) y la edad (variable 17) siguen la misma tendencia, habiendo años en los que la ausencia de estos datos supera la presencia de los mismos, rondando valores que van desde el 12 al 47% (2001, 2002, 2006, 2008 y 2009). Los valores de presencia en de ambos datos se sitúa en ambos casos en alrededor del 67%.

Salvo en el año 2000, donde la presencia es del 21%, la tendencia de las características demográficas comunes (variable 18) es que sólo aparezca en un 5% de los resúmenes, habiendo una ausencia total de las mismas en 2002, 2004, 2005, 2007, 2010 y 2012. Estas cifras nos llevan a pensar en esos años no existe ningún caso clínico que trate de dos o más pacientes, ya que ellos son los hablan de características demográficas comunes.

Con todo, podemos afirmar que predominan los resúmenes que contiene cuatro de las variables (30%), seguidos de los que no ofrecen ninguna (22%), los que ofrecen tres (20%), los que constan de dos (14%), una (11%) y sólo con una representación del 1% los que ofrecen cinco.

(Vid. Anexo I tablas 119-132, págs. 416-418)

IV.1.3.4. Metodología/ Intervención

La intervención dentro de la metodología está marcada por valores negativos que recogen muchas de sus variables. El tipo de trabajo (variable 20) está ausente en la totalidad de los resúmenes no estructurados publicados en esta revista.

No con valores absolutos, aunque con un claro nivel de ausencia, aparece la explicación del diseño del estudio (variable 21), con casi el 100% de ausencia (solamente aparece en el año 2007); la de la duración del estudio (variable 22), presente sólo alrededor del 3% y apareciendo en resúmenes en todos los años; la descripción de los métodos usados para el cuidado del paciente (variable 24), sólo presente en el 13%; el nivel del cuidado clínico (variable 25) con un 1% de presencia y sólo a partir de 2011; y los criterios de valoración de las pruebas diagnósticas (variable 27), con un 6% de presencia, repartidos en todos los años, con ausencia absoluta de los mismos en 2002, 2006, 2007, 2009 y 2010.

Como tendencia que se repite hasta ahora en lo referido al análisis global y al relacionado con los resúmenes estructurados es el predominio de dos variables: la que trata la intervención efectuada en el paciente (variable 23), presente en cerca de un 59% de los resúmenes, y el diagnóstico (variable 26), con un 95% de presencia en los resúmenes. La presencia de la intervención no tiene una evolución fija ni marcada aunque podemos decir que en sólo dos años, 2001 y 2007, la presencia de la misma no supera el 50% de los mismos, quedándose sólo entre el 31 y el 34%; en el resto de los años su presencia es clara, aunque no de forma predominante, estando entre valores del

50 al 73% de presencia en los mismos, sin grandes variaciones a lo largo de los años.

Por su parte, la presencia del diagnóstico es de 100% entre 2000 y 2003 y en 2005. A partir de este último año, su presencia varía, aumentando o disminuyendo su presencia en función del año (los pares baja y los impares sube), no estando en ningún año por debajo del 90%.

En lo que se refiere al uso de descriptores técnicos (variable 28) y al de nombres comunes y sinónimos (variable 29), destaca el uso de los últimos, con cerca de un 86%, frente a casi el 30% que usan descriptores técnicos. El uso de los primeros está entre valores del 7 y 43%. Solamente en dos años el porcentaje de los resúmenes donde aparecen asciende a un 53% en 2005 y a cerca de un 86% en 2000.

Este poco uso de descriptores técnicos contrasta con el uso de nombres comunes o sinónimos. Salvo en el año 2000, donde encontramos una mitad que los utilizan y otra que no, la tendencia es que su uso está entre el 81 y el 93%. Este uso de sinónimos no es algo que sea eliminatorio con respecto a los técnicos ya que su elevada cantidad responde a que muchos de los técnicos son explicados por medio de sinónimos o nombres comunes.

Con todo lo expuesto hasta ahora podemos afirmar que en esta parte de la sección de metodología predominan los resúmenes con tres variables (casi el 37%), seguidos muy de cerca de los que tienen dos (34%) y los que tienen cuatro (alrededor de 17%), habiendo sólo un 7% de resúmenes que incluyen cinco.

(Vid. Anexo I tablas 181-204, págs. 426-430)

IV.1.3.5. Metodología/Medidas de variables

La tendencia de esta parte dentro de la metodología es a la no aparición de la misma. La ausencia total de este dato sólo se identifica con la que tiene que ver con las fuentes de los datos (variable 33). En las otras dos, la que da información sobre las medidas (variable 31) y la identificación de las variables de forma explícita (variable 32), aunque su ausencia es clara, sí que aparecen resúmenes que las contienen, concretamente cerca del 2% en el primer caso y un 1% en el segundo. En la primera de estas dos, sólo en 2002, 2003 y 2008 aparecen resúmenes que ofrecen esta información, años en los que también se ofrece la información de la segunda variable comentada.

Es normal, con estos datos, que predominen los resúmenes que no incluyen ninguna variable (98%), seguidos de los que incluyen dos (1%).

(Vid. Anexo I tablas 225-234, págs. 433-435)

IV.1.3.6. Resultados

El único valor absoluto que nos encontramos dentro de los resultados es el relacionado con la mención de las limitaciones (variable 39), cuya ausencia es total a lo largo de los años. Pese a no haber valores absolutos sí hay datos en los que la ausencia es mayor que la presencia de los mismos. De los 309 resúmenes analizados en tan solo el 32% de los mismos se mencionan los resultados (variable 35), de los cuales sólo cerca del 1% se mencionan explícitamente (variable 36), solamente apareciendo en 2000 y 2011.

En el porcentaje de la mención de los resultados vemos que en los primeros años la presencia rondaba el 47%, pero es a partir de 2006 cuando se dispara la ausencia de resultados en los resúmenes, estando dicha ausencia alrededor del 70%, llegando su ausencia a un 87 o un 91% en años como 2012 y 2007.

De los resúmenes que mencionan resultados, alrededor del 25% hacen referencia a los resultados positivos (variable 37) –manteniéndose más o menos constante en la poca presencia a través de los años-, mientras que sólo el 6% hacen lo mismo con los resultados negativos (variable 38), habiendo años en los que la ausencia de mención de resultados negativos fue total (2008 y 2012).

La tendencia de mayor ausencia viene de mano de las siguientes variables que componen esta sección: los cambios en las medidas primarias (variable 40) con cerca del 100% de ausencia y sólo produciéndose su aparición en 2000, al igual que la inclusión aquí de todas las medidas mencionadas en el texto original (variable 44), que coincide en el año en el que se mencionan; la mención de interpretaciones (variable 41) con sólo cerca del 4% de ocurrencia y sólo en algunos años: 2000, 2001, 2003, 2004, 2006, 2009 y 2011; la presencia de datos numéricos (variable 42), con alrededor del 2% de aparición, sólo en los años de 2002 a 2004 y en 2008 (en cuyos años la presencia va del 5 a cerca del 16%); y la aparición de datos estadísticos (variable 43) con el 99% de ausencia, mencionados sólo con una proporción del 5% en cada uno de los años 2003 y 2004.

Después de todos estos datos queda claro que los resúmenes que no contienen ninguna de las variables de estos resultados representan el 64% de los mismos, los que contienen dos cerca del 25%; y los que contienen una sólo el 5%.

(Vid. Anexo I tablas 283-306, págs. 443-446)

IV.1.3.7. Conclusiones

Las conclusiones no es una sección que suele aparecer en este tipo de resúmenes no estructurados; tan sólo cerca del 33% de los resúmenes la incluyen (variable 46), representados en todos los años, salvo en 2001, con un índice de presencia en dichos años que va del 11% (2003) al 49% (2010); esto indica que es una sección cuya presencia no es muy representativa. De los que la ofrecen sólo el 7% lo hicieron de forma consistente con los resultados (variable 47). Sólo tres años de los 13 de estudio, 2001, 2003 y 2007, fueron totalmente consistentes; el resto suben y bajan en consistencia pero sin un patrón fijo y sólo estando entre el 2 y el 14%. Respecto a esto también tenemos que destacar que 2004 y 2005 los resúmenes cuyas conclusiones fueron consistentes con los resultados asciende al 21%.

Las implicaciones (variable 48) –sólo presentes en 2011, y con sólo un 2%-, su contribución a la literatura (variable 49) y las recomendaciones para estudios posteriores (variable 50) están casi ausentes en los resúmenes –siendo 2005 y 2009 los únicos años con recomendaciones, aunque sólo con un 5% y un 3%-, sólo suponen el 1% en la primera y la tercera y un 14% en la relacionada con su contribución a la literatura. El resumen de secciones anteriores en esta sección está ausente totalmente en todos los resúmenes de todos los años de estudio.

Respecto a la variable relacionada con su contribución a la literatura (variable 49), no hay una tendencia clara aunque para todos los años la presencia de la misma es escasa en los resúmenes; el único valor absoluto de ausencia que nos encontramos está en el 2002 y, solamente, en 2000, los resúmenes que mencionan la contribución son más que lo que no (57%). Los demás años la ausencia de la mención de su contribución ronda del 63 al 75%, empezando a subir esta ausencia desde 2004 hasta valores de 96% en 2009 y 97% en 2012.

Con estos datos, es normal que predominen los resúmenes en los que no se incluyen ninguna de las variables mencionadas (alrededor del 58%), seguidos de los que

contienen una (31%) y terminan los que tienen dos (8%) y tres (alrededor del 3%).

(Vid. Anexo I tablas 339-354, págs. 452-454)

IV.1.3.8. Originalidad/Valor

Ausencia clara de esta sección. Tan sólo en el 1% de los resúmenes se especifica explícitamente la originalidad del caso (variable 53); estos resúmenes aparecen en 2000 y 2003, por lo que la tendencia es clara a la no presencia a través de los años, quedándose sólo en cifras del 14% y del 5% de presencia respectivamente.

La variable relacionada con la descripción explícita del valor biomédico del caso (variable 54) tiene una ausencia total en todos los resúmenes en todos los años.

Por tanto, podemos decir que los resúmenes que predominan son los no contienen ninguna de las dos variables (99%).

(Vid. Anexo I tablas 371-378, págs. 457-458)

IV.1.4. Análisis de los datos descriptivos

Tras la exposición pormenorizada de los datos descriptivos referentes los resúmenes recogidos de la revista *Acta Cardiológica*, podemos aproximarnos al establecimiento de un modelo relacionado con los minitextos (resúmenes) que acompañan a los casos clínicos. En realidad, no sólo vamos a tratar de sintetizar e interpretar los datos descriptivos expuestos desde una perspectiva de conjunto, sino que abordaremos otras dos facetas: una relacionada con todos los resúmenes de esta publicación, sin distinguir el tipo, y otra referente a los dos tipos de resúmenes que aparecen en los casos clínicos publicados en esta revista entre 2000 y 2012 y que hemos distinguido en este trabajo.

IV.1.4.1. Perspectiva global: los datos en su conjunto

Los resúmenes publicados en esta revista no responden a la estructura del metamodelo de resumen propuesto para los casos clínicos; sólo a veces respetan la estructura del caso clínico al que acompaña. Su ubicación suele estar entre el título y el texto original y casi siempre están organizados constituyendo un único párrafo, con una estructura no explícita.

Aparecen datos relacionados con los antecedentes del tema y el objetivo principal y el problema de salud casi siempre están presentes; por el contrario, hay una ausencia de objetivos secundarios.

En relación con la sección de metodología, suele aparecer el número de pacientes que se incluyen en el estudio junto con el sexo, la edad y las características del paciente. También se ofrece información de la intervención y el diagnóstico utilizando nombres comunes o sinónimos, aunque también aparecen descriptores técnicos, pero con menor frecuencia.

La sección de resultados tiene una escasa presencia en estos resúmenes, y cuando los hay suelen ser resultados positivos, aunque también podemos encontrar resultados negativos y, por otra parte, interpretaciones.

Al igual que la anterior sección, las conclusiones tienen una ausencia muy elevada en los resúmenes; cuando las hay no suelen ser consistentes con los resultados. En esta sección se suele incluir otro tipo de información, como su contribución a la literatura.

En estos resúmenes no aparece explícitamente ni la originalidad del caso ni su valor biomédico.

IV.1.4.2. Resumen estructurado

Los resúmenes estructurados tampoco responden a la estructura de resumen propuesta para los casos clínicos, aunque sí reproducen la estructura del caso al que acompañan. Suelen aparecer entre el título y el texto, en dos párrafos o más y con una estructura de forma explícita.

Aparecen antecedentes del tema sobre el que versa el caso, el objetivo principal de forma explícita y el problema de salud y su importancia, estando ausentes los objetivos secundarios.

El número de pacientes y las características del mismo suelen aparecer, al igual que ocurre con el sexo y la edad, aunque éstos en menor grado de presencia. Aparecen mencionadas las características demográficas comunes cuando se tratan de dos o más pacientes.

Se mencionan la intervención y el diagnóstico, apareciendo, también, dentro de esta parte información sobre el diseño del estudio y métodos de cuidado, expresados

todos en descriptores técnicos y nombres comunes, e información sobre las medidas de variables de forma explícita.

En este tipo de resúmenes siempre aparecen los resultados, de forma explícita, mencionándose más los positivos que los negativos, en algunos casos de forma numérica o estadística.

Las conclusiones, al igual que los resultados, siempre aparecen, la mayoría de las veces de forma consistentes con los mismos. Destaca también la presencia de información relacionada con la contribución a la literatura.

En este tipo de resumen tampoco aparece de forma explícita ni la originalidad del caso ni el valor biomédico del mismo.

IV.1.4.3. Resumen no estructurado

Los resúmenes no estructurados no reflejan la estructura modelo propuesta para los resúmenes de casos clínicos y en pocos casos su estructura está relacionada con la que se establece en el caso al que acompaña. Suelen aparecer entre el título y el texto y estructurados en un solo párrafo, aunque también abundan los que lo hacen en más, aunque en ninguno de los casos la estructura aparece de forma explícita.

En un alto grado suelen aparecer los antecedentes del tema del caso. El objetivo principal, aunque no de forma explícita, y el problema de salud aparece en casi todos los resúmenes y no hay ninguna presencia de objetivos secundarios.

No suele mencionar el número de pacientes aunque sí sus características, el sexo y la edad de los mismos. La intervención y el diagnóstico aparecen en estos resúmenes, aunque más el segundo que el primero, expresados en nombres comunes más que en descriptores técnicos.

Hay una escasa presencia de los resultados y cuando los hay suelen mencionarse más los positivos que los negativos.

Las conclusiones también aparecen muy pocas veces y no consistentes con los resultados. Se incluye en esta sección la mención de contribución a la literatura.

Al igual que en los casos anteriores, no existe mención explícita de la originalidad ni del valor biomédico del caso.

IV.2. *Acta Clinica Belgica*

Para el análisis de los datos encontrados en los 283 resúmenes de casos clínicos publicados entre 2000 y 2012 en *Acta Clinica Belgica* procederemos de la misma manera que lo hemos hecho con la anterior publicación: primero los datos de conjunto y su evolución en dichos años y, en segundo lugar, el mismo análisis pero distinguiendo entre resúmenes estructurados y resúmenes no estructurados²³.

IV.2.1. Visión global de *Acta Clinica Belgica*

Los datos encontrados en esta publicación para los resúmenes de los casos clínicos, sin distinción de un tipo u otro de resumen, aparecidos entre 2000 y 2012 muestran los resultados que a continuación aparecen.

IV.2.1.1. Aspectos generales

Los datos encontrados en esta publicación nos dejan ver la ausencia de resultados absolutos, tanto en presencia como en ausencia, en esta sección; aunque sí hay que destacar que cinco de las seis variables tienen un predominio de ausencia frente a presencia de las mismas.

Cerca del 100% de los resúmenes no responde a la estructura de modelo de resumen de caso clínico propuesto en nuestra trabajo (variable 1), apareciendo sólo en el año 2010 en uno de los 31 resúmenes aparecidos dicho año. Es muy alto también el porcentaje de resúmenes que no guardan relación con la estructura del caso clínico al que acompañan (variable 2), solamente el 24% muestran dicha relación. En ambos casos, la estructura aparece de forma explícita en sólo un 4% de los resúmenes (variable 6).

En relación a la variable 2, en todos los años predominan los resúmenes en los que este valor está ausente, siendo muy significativa la presencia sólo del 6% en 2007, tendencia que se repite en el año 2010. El resto de años rondan entre valores del 15% al 40% de presencia, estando la mayoría de los valores de presencia más cerca de la última cifra que de la primera.

²³ Las tablas en las que se han basado estos resultados las encontramos en el anexo II del trabajo: Tablas de datos de *Acta Clinica Belgica*.

La tendencia a que aparezca la estructura de forma explícita está marcada por la ausencia de la misma, como hemos mencionado anteriormente; de hecho, hay años en los que no existe ningún resumen que lo haga de dicha forma: 2000, 2003, 2004, 2005, 2007 y 2008. En el resto de años sí hay resúmenes en los que la estructura aparece de forma explícita, coincidiendo esos años con la aparición en los mismos de resúmenes estructurados, que ponen de manifiesto su estructura de esta manera.

De todos los resúmenes, sólo un 36% están situados entre el título y el texto original (variable 3); el 73% están compuestos de un solo párrafo (variable 4), mientras que el 23% están formados por varios párrafos (variable 5).

La tendencia a lo largo de los años es que estén compuestos por un solo párrafo, variando su presencia entre el 63% y el 93%. Sin embargo hay años que destacan porque ocurre lo contrario, como en 2001 donde más de la mitad no están compuestos por un solo párrafo. Debemos destacar también el año 2010 por representar la cifra más baja en relación con la formación en un solo párrafo, siendo el año en el que más predominan los que están formados por dos o más párrafos.

La tendencia que sigue esta publicación es que a lo largo de los años el resumen no se encuentre localizado entre el título y el texto principal; la razón es que las palabras claves se sitúan debajo del título y antes del resumen. Sin embargo, esta tendencia cambia en 2010: de no haber casi ningún resumen entre el título y el texto (rondando los valores antes de ese año entre el 0% y el 13%) se pasa a aparecer en dicho año en cerca del 68% de los casos, llegando en los dos años siguientes al 100% y al 97% respectivamente.

En esta sección los resúmenes que predominan son los que contienen una sola variable (cerca del 48%), seguidos muy cerca de los que están compuestos de dos (41%); ya con porcentajes más bajos están los que contienen tres (alrededor del 10%) y cuatro (cerca del 2%).

(Vid. Anexo II tablas 1-16, págs. 459-461)

IV.2.1.2. Objetivos/Tema

En esta sección predominan los resúmenes que incluyen información de sus variables. El 64% de los resúmenes recogen los antecedentes sobre el tema (variable 8). La tendencia que sigue esta variable a través de los años indica que en todos ellos

aparecen resúmenes que los contienen en unos porcentajes situados entre el 56% y el 81%, salvo en dos años, 2004 y 2010, que no superan en ambos casos el 48%.

Como hemos visto anteriormente en la anterior publicación analizada, tanto la distinción del objetivo principal (variable 9) como la aparición del problema de salud y su importancia (variable 12) destacan con su presencia frente a las demás variables: el 93% de presencia en el primer caso y cerca del 97% relacionado con la presencia del problema de salud. En todos los años aparece el objetivo principal separado de los secundarios, siendo la totalidad de ellos en años como 2000, 2003, 2004 y 2008; en el resto no llegan a la totalidad de los mismos pero no bajan de valores alrededor del 91%, salvo en 2002 y 2010 que bajan al 86 y 83% respectivamente.

En el caso opuesto nos encontramos las otras dos variables que se pueden analizar dentro de esta sección: la ausencia de objetivos secundarios (variable 11) es patente, situando su presencia en sólo el 2% de los resúmenes y sólo en cuatro años de esta publicación: 2002, 2006, 2010 y 2011; además, sólo en cerca del 4% el objetivo principal aparece explícitamente (variable 10). La tendencia en esta última variable es a no aparecer en ninguno de los resúmenes publicados entre 2000 y 2008, empezando a aparecer de esta forma a partir de 2009, aunque el porcentaje no es muy elevado, 5%-12%, correspondiéndose con los años en los que aparecen resúmenes estructurados.

Con esto, podemos decir que de los 283 resúmenes analizados el 57% contienen en su sección de objetivos y tema tres de los cinco ítems, seguidos por el 37% de los que contienen dos. Los puestos más bajos los ocupan los resúmenes que contienen una, cuatro o cinco variables, situándose en cerca del 3% en los dos primeros casos y en un 0,35% en el último.

(Vid. Anexo II tablas 49-62, págs. 466-468)

IV.2.1.3. Metodología/Pacientes

La sección de metodología comienza con la información que se da sobre los pacientes. En esta subsección la no aparición de esta información supera a la que habla de ella. Tan sólo una variable, la que indica el número de pacientes (variable 14) recoge más valores positivos que negativos, apareciendo en el 72% de los resúmenes. Las demás variables adoptan valores de ausencia de las mismas, aunque no en alto grado sino que se quedan rondando el 50% de los resúmenes.

Hay una tendencia general a lo largo de todos los años de mencionar el número de pacientes, aunque la diferencia entre unos años y otros es a veces notable; por ejemplo en 2000 se sitúa en el 90% mientras que en el 2009 ronda el 54%.

El valor negativo más alto es el que indica la ausencia de características demográficas comunes (variable 18) con cerca de un 93% de ausencia, algo lógico porque los casos clínicos, la mayoría, suelen reflejar el caso de un solo paciente, siendo los que reúnen dos o más de escasa publicación, al menos en esta revista; pese a esta ausencia mencionar que en todos los años aparecen resúmenes que dan información sobre esta variable, en mayor o menor grado (entre un 5% y un 20%), salvo en 2004, 2005 y 2007 donde la ausencia de la misma es total.

Tampoco las características y aspectos primarios del paciente (variable 15) aparecen mucho, siendo sólo en el 32% de los casos. El sexo (variable 16) y la edad (variable 17) son los que adoptan valores más cercanos a la mitad, aunque siguen siendo valores de ausencia los que predominan: en ambos casos los resúmenes que los contienen se sitúan alrededor del 45%, reflejándose esto en la tendencia de estas dos variables a que no se mencionen en todos los años estos datos, predominando los años que no lo hacen.

Por todo lo que hemos visto, podemos afirmar que el 25% de los resúmenes no incluyen ninguna información sobre los pacientes, contrastando este valor con el 24% y el 21% de los que recogen tres y cuatro respectivamente; les siguen los que contienen dos (15%) y los que recogen una (14%).

(Vid. Anexo II tablas 91-104, págs. 473-475)

IV.2.1.4. Metodología/ Intervención

La mayoría de valores que nos encontramos en esta parte de la metodología son valores negativos o de ausencia. La ausencia total se observa en que no hay ningún resumen, en ninguno de los años, que especifique el tipo de trabajo ante el que nos encontramos (variable 20), como ha ocurrido con la revista antes analizada. Tampoco hay ningún valor dentro de la variable relacionada con la descripción del nivel de cuidado (variable 25).

El diseño (variable 21), la duración (variable 22), los métodos usados para el cuidado del paciente (variable 24) y la valoración de las pruebas diagnósticas (variable 27) –donde es a partir de 2010 donde se manifiesta esta última- se justifican tan solo en

un porcentaje que va entre el 1% y el 5%. El diseño sólo aparece en 2 de los 39 resúmenes de 2011 y la duración está presente en 2002, 2003, 2004, 2008, 2009, 2011 y 2012 con valores entre el 2% y el 9%. Los métodos usados para el cuidado tienden a estar ausentes aunque, salvo en 2004, 2007 y 2008, en todos los años aparecen pequeñas muestras de su presencia, fluctuando su presencia, sin seguir una tendencia clara de presencia o ausencia, entre el 4% y el 17%.

Tendencia contraria es lo que sucede con la relacionada con la descripción de la intervención (variable 23) y la que ofrece el diagnóstico (variable 26). En ambos casos su presencia está justificada en el 52% en la primera y el 92% en la segunda. La presencia de la intervención en los resúmenes está muy cerca de la ausencia en los mismos, apareciendo este dato, en siete de los 13 años, en mayor medida que su ausencia: de 2007 a 2010 estos resúmenes predominan sobre los que no hablan de ella. Por su parte, el diagnóstico llega a la totalidad de aparición en todos los resúmenes de 2000, 2004, 2005 y 2007; en los demás casos está presente en alrededor del 93 % de los resúmenes.

Hay una tendencia a utilizar nombres comunes o sinónimos (94%) frente al uso de descriptores técnicos (alrededor del 24%). En todos los años aparece la utilización de descriptores técnicos, aunque el uso de los nombres comunes es muy generalizado en todos los años, siendo entre 2000 y 2001 y 2007 y 2008 de tendencia absoluta.

Con este panorama, podemos afirmar que predominan los resúmenes que contiene tres variables (41%), seguidos de los que tienen dos de ellas (35%); los que tienen cuatro representan el 14% y, por último encontramos los que contienen una, cinco y seis.

(Vid. Anexo II tablas 133-156, págs. 480-483)

IV.2.1.5. Metodología/Medidas de variables

La presencia de información de esta parte de la metodología relacionada con las medidas de las variables coinciden en su porcentaje de aparición, aunque esto no quiere decir que sea la tendencia mayoritaria; al contrario: en cerca del 99% de los resúmenes no aparece ninguna de las tres variables -información sobre las medidas (variable 31), identificación de forma explícita (variable 32) y fuente de datos (variable 33). Es por ello que predominan los resúmenes que no incluyen ninguna información sobre esta variable.

La tendencia de aparición se repite en las tres variables; es a partir del año 2010 cuando aparece la mención de todas; en los tres años aparecen resúmenes que las contienen con el mismo porcentaje de acierto, un resumen en cada uno de los años de un total de 31 en 2010, y 39 en 2011 y 2012.

(Vid. Anexo II tablas 205-214, págs. 491-492)

IV.2.1.6. Resultados

Predominio absoluto de ausencia en dos de las variables que se incluyen dentro en esta sección: la aparición de las limitaciones (variable 39) y la aparición de todas las medidas que se reflejan en el texto (variable 44).

Por su parte, en el 36% de los resúmenes aparecen expresados los resultados (variable 35), y sólo en un 2% de los casos se hace de forma explícita (variable 36), coincidiendo este último porcentaje de aparición en los años donde encontramos resúmenes estructurados, como más adelante veremos. En todos los años se produce un predominio claro de resúmenes que carecen de resultados, aunque sólo en el año 2002 se produce lo contrario, situándose en los que aparecen en un 60%.

Pese a que se mencionan los resultados, sólo en el 28% de los casos se mencionan resultados positivos (variable 37), siendo aún más bajo el porcentaje de ellos que mencionan los negativos (variable 38), con sólo un 8%. La tendencia en ambos casos es la poca aparición a través de todos los años.

En lo que respecta a las demás variables, cambios en medidas primarias (variable 40), interpretaciones (variable 41), aparición de datos numéricos (variable 42) y estadísticos (variable 43), aunque no llegan a la ausencia plena, su representación es muy baja oscilando entre el 1% y el 3% de resúmenes que las contienen.

Con todo esto, el predominio de los resúmenes que no incluyen ninguna información sobre los resultados es claro, cerca del 64% de los mismos, seguidos, aunque con bastante diferencia de los que incluyen información sobre dos (27%), tres (5%), una (3%) y cinco variables (cerca del 1%).

(Vid. Anexo II tablas 235-258, págs. 496-499)

IV.2.1.7. Conclusiones

La tendencia está relacionada con la no aparición de esta sección en los resúmenes de los casos clínicos de esta publicación. En tan sólo alrededor del 43% de los resúmenes aparecen las conclusiones (variable 46), sólo siendo en el 10% de los casos consistentes con los resultados (variable 47). Los años en los que predominan las conclusiones en los resúmenes están entre 2000 y 2002 y en 2009 y 2011; en el resto la tendencia es a que los que no las tienen superen a los que sí. En relación a la consistencia con los resultados, sólo hay tres años en los que dicha consistencia es nula: 2004, 2005 y 2012.

Tanto las implicaciones del estudio (variable 48), que sólo aparecen en 2003, 2004 y 2009, como la contribución a la literatura (variable 49), que sólo están ausentes en 2000 y 2004, y las recomendaciones para estudios posteriores (variable 50) rondan valores de presencia tan sólo entre el 2% y el 9%. Mencionar, por último que sólo 2 de los 283 resúmenes resumen anteriores secciones del resumen (variable 51), apareciendo uno en 2009 y otro en 2011.

Esto quiere decir que el porcentaje de resúmenes que no incluyen esta sección en su estructura es de cerca del 49%, seguido de los que incluyen una variable (37%) y los que incluyen dos (12%). Por su parte, cerca del 2% y del 1% lo ocupan resúmenes con tres y cuatro variables respectivamente.

(Vid. Anexo II tablas 307-322, págs. 507-510)

IV.2.1.8. Originalidad/Valor

Las variables que componen esa sección, la originalidad del caso (variable 53) y el valor biomédico del mismo (variable 54), están totalmente ausentes en todos los resúmenes aparecidos en todos los años de nuestro estudio; por tanto el 100% de los resúmenes carecen de esta sección.

(Vid. Anexo II tablas 355-362, págs. 515-516)

IV.2.2. *Acta Clínica Belgica* con resumen estructurado

A continuación procedemos a mostrar y a analizar los datos encontrados para los resúmenes estructurados de los casos clínicos publicados en esta publicación entre 2000

y 2012; este análisis se realizará de cada una de las secciones en las que dividimos el cuestionario de recogida de datos. Son 13 los resúmenes que nos encontramos en esta revista, aparecidos en los años 2001, 2002, 2006, 2009, 2010, 2011 y 2012

IV.2.2.1. Aspectos generales

Ninguno de los resúmenes estructurados que nos encontramos dentro de esta revista responde a la estructura del resumen metamodelo propuesto para este tipo de género biomédico (variable 1). Pese a que sean resúmenes estructurados, no todos responden a la estructura del caso clínico al que acompañan (variable 2): son cerca del 83% los que guardan relación con la estructura del caso. Llama la atención que sólo el 46% de ellos se sitúen entre el título y el texto original (variable 3), empezando esta tendencia a partir de 2006, pues anteriormente ninguno de los resúmenes aparecía en esa ubicación, aunque en 2006 y en 2010 sólo sea del 50%, estando en los demás años la totalidad de ellos situados entre el título y el texto del documento original.

En todos los años que hay resúmenes estructurados la tendencia es a guarden relación con la estructura del caso; esta relación es plena entre 2001 y 2006 y entre 2011 y 2012. En los dos años restantes, 2009 y 2010, disminuye el porcentaje de relación hasta un 67% en 2009 y a un 50% en 2010.

Como buenos resúmenes estructurados, todos están formados por más de dos párrafos (variable 5), apareciendo en todos los casos esta estructura de forma explícita (variable 6).

Con todo, podemos observar que predominan los resúmenes con dos de estas variables presentes en su formato (cerca del 56%), seguidos de los que tienen cuatro (38%), para terminar con los que tienen dos (cerca del 8%).

(Vid. Anexo II tablas 17-32, págs. 461-463)

IV.2.2.2. Objetivos/Tema

En lo que se refiere a los antecedentes sobre el tema (variable 8), el porcentaje de resúmenes que los contienen alcanzan hasta el 77% de los mismos. El objetivo principal (variable 9) y el problema de salud y su importancia (variable 12) aparecen en el 100% de los resúmenes de todos los años, aunque sólo aparezca de forma explícita en

cerca del 54% de los casos (variable 10). Curioso es que no aparezcan en ninguno de los resúmenes ningún objetivo secundario.

La tendencia de aparición de los antecedentes es clara en todos los años, como antes se ha observado, aunque no en todos se hace de forma absoluta; en todos los años su presencia es del 100% salvo en 2009 y 2010 donde baja hasta el 33 y el 50% respectivamente.

En relación a la aparición explícita de los resultados la evolución a lo largo de los años ha sido de no aparecer en ninguno de los resúmenes de 2001 y 2002, a ir apareciendo progresivamente a partir de 2006, rondando siempre valores entre el 50% y el 67%, aunque en 2011 se alcance el 100% de los mismos.

En esta sección, por tanto, lo que más encontramos son resúmenes con tres variables (alrededor del 54%), seguidos de los que contienen cuatro (38%) y los que sólo tienen dos (8%).

(Vid. Anexo II tablas 63-76, págs. 469-470)

IV.2.2.3. Metodología/Pacientes

Es muy elevado el número de resúmenes que dan información sobre el número de pacientes (variable 14), cerca de un 85% de los mismos, superando así las tres cuartas partes de ellos. Este dato contrasta con que sólo en el 30% de los casos se describan las características, el contexto y los aspectos primarios del paciente (variable 15) y el sexo (variable 16), en ambos casos con sólo el 31% de los resúmenes, y la edad (variable 17), con un 23%. En cambio sí aparecen características demográficas comunes a dos o más pacientes (variable 18) en todos los años salvo en 2006; en cuatro años la presencia es total y en los otros dos del 33% (2009) y el 50% (2012).

Hay una tendencia clara a que se mencione el número de pacientes en todos los años de forma total salvo en 2006 y 2009 donde sólo lo hacen en un 50% y un 67% respectivamente. El caso contrario sucede cuando hablamos de la aparición de las características del paciente, que sólo aparecen en 2002, 2009 y 2010, aunque el porcentaje de aparición va bajando en esos años: de un 100% en 2002 a un 50% en 2010. Por su parte, el sexo sólo es mencionado en 2009 (67%), 2010 (50%) y 2012 (50%) y la edad tan sólo en 2009 (67%) y 2012 (50%).

Con esto podemos afirmar que el 38% de los resúmenes incluyen dos informaciones distintas sobre el paciente, el 23% cuatro, y el 15% una y tres

informaciones; existe cerca de un 8% de resúmenes en los que se menciona ningún tipo de información del paciente.

(Vid. Anexo II tablas 105-118, págs. 475-477)

IV.2.2.4. Metodología/ Intervención

Valores de ausencia total en esta parte de la metodología los encontramos en varias de las variables que se analizan en este apartado: el tipo de trabajo efectuado (variable 20), el nivel del cuidado (variable 25) y la explicación de los criterios de valoración de las pruebas diagnósticas (variable 27). Caso contrario es lo que sucede con la aparición del diagnóstico (variable 26) que aparece en todos los resúmenes de todos los años. Por su parte, la descripción de la intervención (variable 23) aparece en tan sólo el 54% de los resúmenes.

No hay una tendencia clara en lo que respecta a la descripción de la intervención puesto que unos años sube y en otros baja; lo que sí se aprecia es una ausencia total en 2001 y 2012 (año de comienzo y año final) y entre dichos años presencia de esta información, en unos años de manera absoluta (2002 y 2010) y en los otros rondando el 50% o 67%.

Valores mínimos de presencia los encontramos en el diseño del estudio (variable 21) –sólo presente en todos los resúmenes de 2011-, la duración del estudio (variable 22) –presente en 2009 en sólo un 33%-, y la descripción de los métodos usados para el cuidado (variable 24) –compartiendo año y porcentaje con la anterior variable- con un porcentaje en todas ellas que va entre el 8 y el 15.

Se aprecia una tendencia al uso de nombres comunes (variable 29) frente al de descriptores técnicos (variable 28): un 77% frente a un 46%.

De la ausencia total en 2001 en lo relacionado con los descriptores técnicos y su presencia total en 2002 se pasa a una presencia media de los mismos en los siguientes años, aunque en 2009 baje hasta un 33% de los resúmenes que los incluyen. El mismo comportamiento ocurre con los nombres comunes aunque en los dos primeros años el fenómeno es el contrario: presencia total en 2001 y ausencia total en 2002, mientras que en el resto de años vemos que conviven con los técnicos aunque llegando al 100% de los resúmenes en la mayoría de los años.

A partir de estos datos podemos señalar que los resúmenes que predominan con cerca de un 54% de los mismos son los que contienen tres variables; los que tienen dos suponen el 23% de ellos, y los que tienen cuatro y cinco 15% y 8% respectivamente.

(Vid. Anexo II tablas 157-180, págs. 484-487)

IV.2.2.5. Metodología/Medidas de variables

Las tres variables relacionadas con la medida de variables, información sobre las medidas (variable 31), identificación de forma explícita (variable 32) y fuente de datos (variable 33), están presentes en igual frecuencia (cerca de un 8%). Esto nos lleva a pensar que el resumen que las recoge sea el mismo.

Si observamos la evolución a través de los años vemos que el resumen donde se mencionan las tres variables es uno de los resúmenes aparecidos en 2010, verificando así nuestra anterior suposición.

(Vid. Anexo II tablas 215-224, págs. 492-494)

IV.2.2.6. Resultados

En esta sección, la presencia y ausencia de variables no es regular. En ella sólo aparecen valores absolutos negativos, es decir, de 100% de ausencia en algunas variables: limitaciones (variable 39), cambios en las medidas primarias (variable 40), aparición de datos estadísticos (variable 43) y la referida a la presencia de todas las medidas del texto en estos resultados (variable 44).

De todos los resúmenes, en el 92% aparecen mencionados los resultados (variable 35) –en todos los años todos los resúmenes lo hacen menos en 2006 que lo hace en la mitad de los mismos- aunque sólo lo hagan explícitamente (variable 36) en el 38% de los casos (de 2006 a 2010 no se menciona en ningún caso de dicha forma).

La mención de resultados positivos (variable 37) se sitúa en el 61% de los casos, mientras que la de los negativos (variable 38) está en el 23%, y solamente en 2001, 2009 y 2012.

Por último podemos mencionar la presencia, aunque sólo con cerca del 8%, de posibles interpretaciones (variable 41), solamente presentes en el único resumen de 2001, y de datos numéricos (variable 42), visible solamente en la aparición de la mitad de los resúmenes de 2012.

En el 31% de los resúmenes observamos la presencia de dos variables de las antes mencionadas, seguidos de los que contienen una y tres (23%) y cinco (15%). Mencionar que existe cerca de un 8% de los resúmenes que no incluyen ningún tipo de información sobre los resultados encontrados.

(Vid. Anexo II tablas 259-282, págs. 500-503)

IV.2.2.7. Conclusiones

En la totalidad de los resúmenes de todos los años aparecen mencionadas las conclusiones (variable 46), siendo cerca del 62% las conclusiones consistentes con los resultados expuestos anteriormente (variable 47), tendencia que se desarrolla a lo largo de todos los años salvo en 2012 donde en ninguno de los resúmenes las conclusiones fueron consistentes con los resultados.

Lo que sí se aprecia es una ausencia total de las implicaciones del estudio (variable 48). Aunque no llega a la totalidad de ausencia, son muy pocos los resúmenes en los que aparecen el resto de variables: su contribución a la literatura (variable 49), con un 8% (sólo en 2012 la mitad de los resúmenes la incluían), y las recomendaciones para futuras investigaciones (variable 50), con un 23% (presentes sólo en 2001, en todos sus resúmenes y en 2010 y 2011, con tan solo la mitad de ellos en cada uno de los años), y el resumen de anteriores secciones (variable 51), con el 15% de los resúmenes (sólo aparecen resúmenes que lo incluyen en 2009 y 2011).

Con todo esto podemos decir que los resúmenes que más predominan son los que incluyen dos variables (cerca del 54%); en segundo lugar nos encontramos con los que recogen tres (15%), y después con las que incluyen una (23%). También hay una muestra representativa de los que incluyen cuatro (cerca del 8%).

(Vid. Anexo II tablas 323-338, págs. 510-512)

IV.2.2.8. Originalidad/Valor

Las variables que componen esa sección, la originalidad del caso (variable 53) y el valor biomédico del mismo (variable 54), están totalmente ausentes en todos los resúmenes aparecidos en todos los años de nuestro estudio; por tanto el 100% de los resúmenes carecen de esta sección.

(Vid. Anexo II tablas 363-370, págs. 516-517)

IV.2.3. *Acta Clinica Belgica* con resumen no estructurado

El mismo procedimiento que hemos llevado a cabo con los resúmenes estructurados lo emplearemos ahora con el otro tipo de resumen que aparece en los casos clínicos aparecidos en *Acta Clinica Belgica*, el resumen no estructurado, concretamente en los 270 resúmenes de este tipo aparecidos entre 2000 y 2012.

IV.2.3.1. Aspectos generales

Estos aspectos generales destacan por la ausencia en ellos en casi todas las variables. Aquí sólo cerca del 1% de los resúmenes se corresponde con la estructura del caso clínico modelo (variable 1); esta ausencia no quiere decir que sí se correspondan los resúmenes con la estructura del caso clínico al que acompaña (variable 2) pues tan solo el 21% de los resúmenes guardan esta relación.

Todos los resúmenes se comportan de la misma manera a lo largo de los años en relación al reflejo de la estructura del caso clínico modelo (variable 1); tan sólo los resúmenes que aparecen en el año 2010 ofrecen esta relación, aunque sólo lo hacen en el 3% de los resúmenes que aparecen en ese año. Esta tendencia no se cumple en lo relacionado con la correspondencia entre la estructura del resumen y la del caso clínico (variable 2), puesto que en todos los años sí aparecen resúmenes con dicha relación aunque con un nivel de presencia muy bajo, estando entre el 3% del año 2010 y el 40% de año 2000, estando la media de aparición en 26% aproximadamente; l. La tendencia es que en una año suba y en otro baje dicho nivel de aparición, anotando que los valores más bajos suceden a partir de 2007.

La ubicación entre el título y el texto (variable 3) no supera el 36% de los resúmenes. Desde 2000 a 2002 ningún resumen aparecía en esa ubicación; es a partir de 2003 cuando empiezan a aparecer ahí, aunque esa tendencia, muy baja por cierto, vuelve a cambiar en 2006 y se mantiene hasta 2009, años en los que ningún resumen aparecía en esa ubicación. A partir de 2010 esto vuelve a cambiar y con valores muy altos, volviéndose a ubicar entre el título y el texto, esta vez con valores cercanos al 100%.

En su mayoría están formados por un solo párrafo (variable 4), el 77% así lo hacen, aunque también hay unos resúmenes que lo hacen en dos o más párrafos (variable 5), con cerca del 23% de los mismos. En todos los años la tendencia que

observamos es que los resúmenes consten de un solo párrafo; tan sólo en 2001 cambia y más de la mitad de los resúmenes no se estructuran en un solo párrafo, sino en dos o más. Los valores entre los que se mueven los resúmenes en un solo párrafo están entre el 62% y el 94%

En lo que todos los resúmenes coinciden es en que en ninguno esta estructura aparece de forma explícita (variable 6).

Con todos estos datos podemos afirmar que los resúmenes que predominan son los que están compuestos de una sola variable (50%), seguidos muy de cerca por los que contienen dos (cerca de 43%).

(Vid. Anexo II tablas 33-48, págs. 464-466)

IV.2.3.2. Objetivos/Tema

Lo que podemos observar en esta sección es un predominio claro de la aparición del objetivo principal, distinguiéndose claramente de los secundarios, (variable 9) y del problema de salud y su importancia (variable 12) con alrededor de 93% y 97%, respectivamente, de los resúmenes que los contienen, aunque los resúmenes en los que aparecen este objetivo de forma explícita sólo rondan el 1% (variable 10), presentes sólo en los años 2006, 2009, 2010 y 2012.

Sin embargo, más bajo es el porcentaje que está relacionado con los resúmenes que incluyen los antecedentes sobre el tema (variable 8) con cerca del 64%; e. Esta información aparece en todos los años en un porcentaje relacionado con el 50%, aunque en 2004 y en 2010 estos valores bajan de esa mitad (46 y 48% respectivamente).

De lo que sí hay una escasa presencia es de la aparición de objetivos secundarios (variable 11), con alrededor del 3%, solamente apareciendo en el año 2002, 2010 y 2011 con valores entre el 3 y el 10%.

De esto podemos extraer que el 57% de los resúmenes tienen tres de las cinco variables, el 38% están compuestos de dos variables, cerca del 3% de una sola variable, y un 1% los resúmenes que contienen cuatro y cinco variables.

(Vid. Anexo II tablas 77-90, págs. 471-473)

IV.2.3.3. Metodología/Pacientes

Existen datos muy dispares en esta parte de la metodología. La mención del número de pacientes (variable 14) está presente en el 71% de los resúmenes. Llama la atención que sólo en el 32% de los mismos aparezcan las características y aspectos primarios del paciente (variable 15). En todos los años la tendencia es a mencionar este número en una elevada proporción de resúmenes pues, salvo en 2007 que se queda en el 50%, en los demás años aparecen valores que van entre el 52 y el 90%, estando los valores más elevados en los primeros años. Por su parte, las características del paciente no es una constante en su aparición puesto que en todos los años predomina la ausencia de ella, salvo en 2005 cuyo valor supera el 56%; en el resto de años, la proporción de los mismos ronda el 30%.

La mención del sexo (variable 16) y la edad (variable 17) es un dato en el que predomina su ausencia, aunque estos datos están muy cerca de valores medios. Sólo en tres años, 2005, 2008 y 2010, la presencia de los resúmenes que mencionan el sexo del paciente está por encima de los que no. Con la edad ocurre lo mismo, aunque los años en los que superan la presencia media de resúmenes sólo coinciden en dos: 2004, 2006, 2008 y 2010, con valores entre el 51% y el 60%.

Lo que sí es un porcentaje claro es la ausencia casi total, sólo está presente en alrededor del 5% de los resúmenes, de las características demográficas comunes (variable 18), lo que nos lleva a pensar en pocos casos clínicos que hablen de más de un paciente o en la existencia de ellos y, sin embargo, no se nombran dichas características. Los años en los que no aparecen ningún resumen con estas características son 2004, 2005, 2007, 2008, 2011 y 2012, estando presentes en los demás con valores entre el 5% y el 20%, sin una tendencia clara de subida o bajada de dichos valores.

Con estos datos observamos que predominan los resúmenes que no contienen ninguna información del paciente en su estructura (suponen cerca del 26% de ellos), pero muy seguidos por los que contienen tres (24%) y cuatro (21%); terminan esta relación los que contienen una y dos, con un 14% cada uno.

(Vid. Anexo II tablas 119-132, págs. 477-479)

IV.2.3.4. Metodología/ Intervención

Esta parte dentro de la metodología se caracteriza por el predominio de la ausencia en la mayoría de las variables en los resúmenes no estructurados aparecidos en esta revista, aunque hemos de mencionar que esa ausencia no es plena en todas las variables. Valores de ausencia plena los encontramos en el tipo de trabajo (variable 20), el diseño (variable 21) y el nivel de cuidado clínico (variable 25).

En esta tendencia encontramos valores muy bajos de presencia en variables como la duración del estudio (variable 22), los métodos usados para el cuidado (variable 24) y la valoración de las pruebas diagnósticas (variable 27), con valores que no superan el 5%. La duración sólo aparece en resúmenes de 2002, 2003, 2004, 2008, 2011, y 2012, y su presencia se sitúa entre cerca del 3% y el 9%. Los métodos usados para el cuidado tienen una ausencia plena en 2004 y de 2007 a 2009; en el resto de años la presencia sólo supone alrededor del 7%. Por último la valoración de pruebas diagnósticas sólo está presente en 2003, 2005 y a partir de 2010.

Como ocurre en la anterior publicación estudiada, y en los resúmenes estructurados de ésta, la tendencia es que la descripción de la intervención (variable 23) y el diagnóstico (variable 26) estén muy presentes en los resúmenes de este tipo: en la primera la presencia se eleva hasta el 52%, siendo de cerca del 92% en la segunda.

En todos los años, salvo en 2000, 2001, 2005, 2006, 2011 y 2012, la presencia de la intervención supera a los resúmenes que no la mencionan, aunque con valores muy cercanos al 57%, salvo en el año 2004, donde dicha presencia supuso el 87% de los resúmenes. En lo referente al diagnóstico la tendencia de presencia es clara, como hemos visto, siendo su presencia plena en años como 2000, 2004, 2005 y 2007; en el resto de años las cifras rondan el 91%, siendo la cifra más baja de presencia el 78% de 2012.

En estos resúmenes observamos un predominio de los nombres comunes o sinónimos (95%) frente al uso de descriptores técnicos (22%).

Los resúmenes que predominan son los que tienen tres variables (40%), seguidos de los que contienen dos, con cerca del 36% de los mismos. Con menor porcentaje encontramos los que contienen cuatro (14%), una (alrededor del 6%), dos (2%) y seis (con cerca del 1%).

(Vid. Anexo II tablas 181-204, págs. 487-491)

IV.2.3.5. Metodología/Medidas de variables

Esta parte de la sección metodológica está caracterizada por su ausencia; las tres variables del estudio -información sobre las medidas (variable 31), hacerlo de forma explícita (variable 32) y ofrecer la fuente de los datos (variable 33)- sólo están presentes en alrededor del 1% de los resúmenes, por lo tanto podemos decir que los resúmenes que predominan son los que no contienen ninguna de las variables (99%).

La presencia de las tres variables se materializa en los resúmenes aparecidos en 2011 y 2012, concretamente en un resumen en cada uno de los años (en cada año hay 37 resúmenes).

(Vid. Anexo II tablas 225-234, págs. 494-495)

IV.2.3.6. Resultados

La presencia de esta sección en este tipo de resúmenes es escasa. Tan sólo el 33% de los resúmenes incluyen resultados en su estructura (variable 35), y sólo cerca del 1% lo hacen de manera explícita (variable 36), concretamente en 1 de los 10 resúmenes de 2000. De todos ellos tan sólo el 27% mencionan resultados positivos (variable 37), no superando en ninguno de los años del estudio el 35% de presencia salvo en 2002 que asciende su presencia a cerca del 43% de los resúmenes.

Aunque no alcanzan la ausencia total, hay variables cuya presencia es muy baja: la mención de resultados negativos (variable 38) con un 7% de presencia, repartidos por todos los años aunque con una frecuencia va del 4 al 30%; la mención de cambios en las medidas primarias (variable 40), con una presencia tan sólo cercana al 1% (sólo presente en 2002), al igual que la relacionada con la aparición de interpretaciones (variable 41) –sólo presente en el año 2005- y la relacionada con la aparición de datos numéricos (variable 42) – sólo un 5% en 2006 y un 3% en 2011 - y datos estadísticos (variable 43)- solo un 5% en 2006.

Un 100% de ausencia presentan las variables relacionadas con las limitaciones (variable 39) y la que se relaciona con la inclusión de todas las medidas del texto en el resumen (variable 44).

Por todo esto podemos decir que predominan los resúmenes que no contienen ningún tipo de información sobre los resultados (66%); en segundo lugar estarían los

que incluyen información de dos aspectos distintos de los resultados (27%), y les seguirían los que mencionan tres (4%), cuatro (3%) y una (2%).

(Vid. Anexo II tablas 283-306, págs. 503-507)

IV.2.3.7. Conclusiones

En esta sección triunfan los resúmenes que contienen muy poca información relacionada con las conclusiones. Sólo el 40% de los resúmenes las mencionan (variable 46); y de los que sí las ofrecen, solamente cerca del 8% muestran unas conclusiones consistentes con los resultados (variable 47). En todos los años la tendencia es que predominen los resúmenes en los que las conclusiones están ausentes, salvo en 2000, 2002 y 2004, donde los resúmenes con conclusiones representan cerca del 54% en cada año. La tendencia es que la ausencia suba o baje en valor sin un patrón fijo. Esta misma tendencia se repite en lo relacionado con la consistencia de las conclusiones, ya que en todos los años predomina la ausencia, en valores relacionados con el 10%, salvo en 2004, 2005 y 2012 donde no existieron ningún resumen consistente con los resultados.

Los autores de los resúmenes no incluyen en los mismos ni la implicaciones del caso (variable 48), presente sólo en cerca del 2% de los resúmenes y solamente en los años 2003, 2004 y 2009, con valores entre 5% y 13% en dichos años; ni la contribución a la literatura (variable 49), presente de manera global en el 10% de los resúmenes, y apareciendo en todos los años –con distinto porcentaje- algún resumen que las menciona menos en 2000 y 2004; ni las recomendaciones para futuras investigaciones (variable 50), con sólo un 1% de los resúmenes, en los años 2001, 2004, 2006 y 2009 (con sólo una representación entre el 5 y el 9% en dichos años). Lo que sí obvian en su totalidad es la repetición de anteriores secciones del resumen (variable 51).

Por todo esto, el 51% de los resúmenes no ofrecen ningún dato sobre las conclusiones, el 38% lo hacen pero incluyen una sola variable, el 10% incluyen dos, y hay un 1% que incluyen tres de las cinco variables.

(Vid. Anexo II tablas 339-354, págs. 512-515)

IV.2.3.8. Originalidad/Valor

Las variables que componen esa sección, la originalidad del caso (variable 53) y el valor biomédico del mismo (variable 54), están totalmente ausentes en todos los

resúmenes aparecidos en todos los años de nuestro estudio; por tanto el 100% de los resúmenes carecen de esta sección.

(Vid. Anexo II tablas 370-378, págs. 517-518)

IV.2.4. Análisis de los datos descriptivos

En esta apartado actuaremos de la misma manera que lo hemos hecho para la anterior publicación.

IV.2.4.1. Perspectiva global: los datos en su conjunto

Los resúmenes de *Acta Clinica Belgica* no responden a la estructura de resumen para caso clínico propuesto en nuestro estudio y la relación que guardan con la estructura del caso al que acompañan es poca. No suelen aparecer entre el título y el texto y están compuestos por un párrafo.

Mencionan los antecedentes del tema del que trata el caso clínico, y su presencia es total cuando hablamos de la mención del objetivo, aunque no explícitamente, y de problema de salud y su importancia.

Aparece el número de pacientes y en menos proporción las características, el sexo y la edad. El diagnóstico aparece en casi la totalidad de los resúmenes y la intervención en casi la mitad; esto lo suele expresar con nombres comunes o sinónimos.

Los resúmenes adolecen de la sección de resultados y cuando aparece suele mencionar más los positivos que los negativos.

Escasa presencia también de las conclusiones en el resumen y cuando lo hace son poco consistentes con los resultados. Aparece mencionada en esta sección, aunque sólo a veces, la contribución a la literatura.

No existe en los resúmenes mención explícita ninguna a la originalidad del caso ni al valor biomédico del caso presentado.

IV.2.4.2. Resumen estructurado

Estos resúmenes estructurados no responden a la estructura propuesta para este tipo de género biomédico, aunque sí lo hacen en relación a la estructura del caso clínico

al que acompañan. No suelen aparecer entre el título y el texto y se articulan en más de un párrafo.

En relación con los objetivos, aparecen los antecedentes del tema tratado, el objetivo principal, que suele ser de manera explícita, y el problema de salud.

En la sección de metodología suelen mencionar el número de pacientes y en menor grado las características y aspectos primarios, la edad y el sexo del mismo. Aparecen descritas características comunes o demográficas.

La intervención y el diagnóstico son también mencionados dentro de esta sección, junto con informaciones sobre el diseño del estudio, todos ellos con nombres comunes frente a descriptores técnicos.

Contienen información sobre los resultados, aunque no de manera explícita, donde la mayoría son resultados positivos.

Siempre aparecen las conclusiones, que suelen ser consistentes con los resultados; también aparecen, en algunos casos, recomendaciones para estudios posteriores.

No aparece información explícita sobre la originalidad del caso ni el valor biomédico del mismo.

IV.2.4.3. Resumen no estructurado

Los resúmenes no estructurados de esta publicación ni responden a la estructura modelo presentada en el trabajo ni a la estructura del caso al que acompañan. No aparecen entre el título y el texto y suelen estar formado por un párrafo.

Aparece información sobre los antecedentes del tema, el objetivo principal, aunque no de forma explícita, y el problema de salud y su importancia. Hay ausencia de objetivos secundarios.

Aparece el número de pacientes pero no la edad, el sexo o las características del paciente. Se ofrece información sobre la intervención y el diagnóstico al que se ha llegado o con el que se ha comenzado. El vocabulario empleado está formado más por vocabulario común que por descriptores técnicos.

No suelen incluir ni los resultados encontrados ni las conclusiones a las que se ha llegado.

No se incluye mención explícita de la originalidad del caso ni del valor biomédico que aporta.

IV.3. *Actas Urológicas Españolas*

Esta revista sigue el patrón de análisis de las anteriores dos publicaciones: primero una visión de conjunto de los resúmenes aparecidos entre 2000 y 2012 en los casos clínicos aparecidos en dicha publicación y cómo han ido comportándose a través de dicho periodo de tiempo y, seguidamente, el mismo análisis pero distinguiendo entre resúmenes estructurados y resúmenes no estructurados²⁴.

IV.3.1. Visión global de *Actas Urológicas Españolas*

Los datos que hemos encontrado del conjunto de los resúmenes, 575 en concreto, sin distinción de su tipo, se analizan a continuación divididos por secciones; dentro de dichas secciones analizaremos todas las variables propuestas dentro de cada sección y cómo han ido evolucionando a través del tiempo a través de todos los años en los que aparecen; mencionar a este respecto que en el año 2010 no aparece ningún resumen acompañando a los casos clínicos publicados dicho año.

IV.3.1.1. Aspectos generales

Empezaremos comentado que ninguno de los resúmenes analizados se corresponde con la estructura de metamodelo propuesto para acompañar a los casos clínicos (variable 1). Aunque no llegan a la totalidad, tampoco es significativa la proporción de resúmenes que guardan relación con la estructura del documento original al que acompañan (variable 2), siendo tan sólo del 17%. Independientemente de que guarden o no relación con algún tipo de estructura, sólo en el 13% de los resúmenes aparece dicha estructura de forma explícita (variable 6), aunque estos resúmenes se distribuyen a través de todos los años (salvo en 2001), alcanzando la totalidad de ellos en 2011 y 2012, algo que contrasta con los valores entre el 2% y el 31% que aparecen en el resto de años.

La tendencia a través de los años de la variable relacionada con mención de la relación de la estructura del resumen con la del caso clínico al que acompaña (variable 2) es que la presencia de dicha relación sea muy baja en todos los años, rondando tan

²⁴ Las tablas relacionadas con el análisis de los datos de esta publicación pueden ser consultadas en el anexo III: Tablas de datos de *Actas Urológicas Españolas*.

solo el 17% de media; aunque hemos de mencionar que esta tendencia cambia en el año 2009 cuando la presencia de la misma empieza a subir, en dicho año tímidamente, y ya en 2011 y 2012 todos sus resúmenes guardan relación con la estructura de los casos clínicos. Esto es así porque a partir de esa fecha los resúmenes estructurados que aparecen tienen la misma estructura que la del caso clínico al que acompañan.

De los 575 resúmenes analizados en esta publicación, cerca del 65% aparecen ubicados entre el título y el texto original (variable 3). A través de los años hemos de mencionar que esta variable ha sufrido cambios pues de 2000 a 2002 ninguno de los resúmenes estaban ubicados entre el título y el texto, ya que por medio estaban las palabras claves; es en 2003 cuando esta tendencia cambia y empiezan a aparecer ahí en todos los años, aunque encontramos resúmenes en 2003, 2004 y 2006, aunque con una proporción de 1% al 7% aproximadamente, que siguen sin aparecer en esa ubicación y teniendo las palabras claves justo antes del resumen.

Por su parte, en relación a la distribución en párrafos la proporción es más o menos igualada, siendo cerca del 52% los que lo hacen en un párrafo (variable 4), mientras que los que lo hacen en dos o más se sitúan alrededor del 48% (variable 5). La tendencia respecto a estas dos variables refleja que la composición en un párrafo es la predominante en los años 2000, 2001, y de 2005 a 2008, aunque en dichos años ya aparecían resúmenes estructurados que suelen distribuirse en varios párrafos, mientras que entre 2002 y 2004 y a partir de 2009 ocurre lo contrario, es decir, predominan los que los hacen en más de dos, llegando en los dos últimos años a aparecer todos los resúmenes en más de un párrafo.

Con estos datos podemos ver que los resúmenes que más aparecen son los que contienen dos variables (52%), seguidos de los que incluyen una (30%), para terminar con los que desarrollan tres (con cerca del 10%) y los que contienen cuatro (cerca del 8%).

(Vid. Anexo III tablas 1-16, págs. 519-521)

IV.3.1.2. Objetivos/Tema

En esta sección predominan los valores positivos, es decir, la presencia de las variables en los resúmenes, lo que significa que muchos de los resúmenes analizados incluyen esta sección en su estructura.

El 69% de los resúmenes incluyen antecedentes sobre el tema (variable 8), algo importante para poder enmarcar y contextualizar el caso que se presenta a continuación (revisión bibliográfica). La tendencia que se observa a partir de este porcentaje es que la aparición es clara en todos los años, aunque desde un principio con valores entre el 62 y el 75%. Es a partir de 2011 cuando empiezan a subir estos valores llegando en 2012 a un 100% de presencia en los resúmenes.

Como siempre, y en relación a las anteriores dos publicaciones analizadas, destacan los valores de presencia que alcanzan las variables relacionadas con la distinción del objetivo principal (variable 9), aunque sólo en el 10% se haga de forma explícita (variable 10) - en todos los años del estudio se incluye, estando ausentes completamente en 2008 y a partir de 2011- y la aparición del problema de salud y su importancia (variable 12). En el primero de los casos aparece en cerca del 97%, mientras que en el segundo se acerca hasta el 98%. Si hablamos de los objetivos secundarios (variable 11) hemos de decir que sólo aparecen en cerca del 1% de los resúmenes analizados, solamente en los años 2001, 2006 y 2008 con valores entre el 2% y el 5% de los resúmenes en dichos años.

El objetivo principal aparece en la mayoría de los resúmenes analizados en todos los años con un porcentaje alrededor del 95%, aunque es en 2001, 2006 y sobre todo a partir de 2008 cuando en la totalidad de los resúmenes de todos esos años aparece el objetivo principal. En lo que respecta a la aparición del problema de salud hemos de decir que en todos los años la presencia es casi absoluta siendo a partir de 2006 la aparición de este dato en el 100% de los resúmenes de cada año.

Con estos datos es normal que en el 68% de los casos predominen los resúmenes que contienen tres variables seguidas, aunque con una bajada bastante notable, de los que incluyen dos (27%). Por último, y con una representación muy escasa, encontramos los que incluyen cuatro (cerca del 3%), y los que contienen una y cinco, que se quedan en cada caso en el 1%.

(Vid. Anexo III tablas 49-62, págs. 526-528)

IV.3.1.3. Metodología/Pacientes

Los datos encontrados en esta parte de la sección de metodología no son muy halagüeños puesto que los valores de ausencia superan a los de presencia de variables.

El número de pacientes sólo aparece en el 58% de los resúmenes (variable 14) y el sexo de los mismos en el 53% (variable 16). En el resto de variables los valores son más bajos, no llegando a la media; la aparición del dato de la edad en los resúmenes encontrados (variable 17) se queda en el 39% y la mención de las características primarias del paciente (variable 15) baja hasta cerca del 15%. El valor más bajo lo alcanza la aparición de características demográficas comunes (variable 18) que se queda en el 3% de los resúmenes en donde aparecen (en todos los años aparece este dato, aunque representado tímidamente, salvo en 2007, 2008 y 2012 donde la ausencia es del 100%).

La mención del número de pacientes está presentes en todos los años, aunque con valores que se quedan muy cerca del 50%, el único año en el que hay más resúmenes que no lo incluyen que los que sí es en 2002, aunque se acerca mucho a esa cifra con un 48% de ellos. Mencionar que esta tendencia cambia a partir de 2011, apareciendo ya en la totalidad de resúmenes de ambos años.

La tendencia que apreciamos con las características del paciente es que no aparece dicho dato en los resúmenes, aunque a lo largo de todos los años hay algunos que las contienen, aunque en menor presencia de los que no, entre el 4 y el 24% a lo largo de los años, sin patrón en la subida o bajada del mismo; aunque la nota discordante aparece en 2012 donde el 100% de los resúmenes ofrecen estos datos.

El sexo del paciente se menciona tímidamente en los primeros años; es a partir de 2004 cuando va cobrando fuerza la mención de este dato y toma valores de presencia que empiezan en el 61% y acaba en el 100% en 2012, aumentando progresivamente este porcentaje sobre todo a partir de 2007. Con la edad ocurre lo mismo aunque los porcentajes de aparición son más elevados, del 25 al 47%, tomando valores superiores al 54% en 2009 y a partir de ahí comienza su subida, volviendo a llegar a su presencia plena en 2012.

Estos datos nos indican que predominan los resúmenes en los que no se menciona ningún tipo de información sobre el paciente (39%), seguidos por los que incluyen tres (31%); los que menos predominan son aquellos en los que aparecen dos (15%), una (cerca del 4%) y cinco (no llega al 1%).

(Vid. Anexo III tablas 91-104, págs. 533-535)

IV.3.1.4. Metodología/ Intervención

Esta parte dentro de la sección de metodología, al igual que la anterior, se caracteriza por valores que muestran su ausencia.

No existe ningún resumen que mencione el tipo de trabajo que se ha efectuado (variable 20) ni que indique el nivel de cuidado clínico (variable 25).

Un porcentaje elevado de ausencia, alrededor del 95%, está en la mención del diseño (variable 21), sólo presente en los resúmenes aparecidos en 2001; la duración del estudio (variable 22), presente en todos los años con baja presencia (del 2% al 7%), pero empezando a subir ligeramente a partir de 2009, aunque sus valores rondan el 14%, salvo en 2012 que lo hace en el 100% de los resúmenes; y la descripción de los métodos usados para el cuidado (variable 24), con valores de presencia del 2 al 10% a través de los años, subiendo a partir de 2011 a un 67% y a un 100% en 2012. La presencia de la variable relacionada con los criterios de valoración de las pruebas diagnósticas (variable 27) sube un poco en relación a las anteriores comentadas, apareciendo en cerca del 17% de los resúmenes, teniendo una ausencia del 100% a partir del 2011.

Algo que llama la atención en relación a las anteriores publicaciones analizadas es que en esta revista la descripción de la intervención (variable 23) está presente en menos de la mitad de los resúmenes aparecidos situándose sólo en el 44% de los casos. En todos los años la tendencia es que este dato aparezca en menos de la mitad de los resúmenes (alrededor del 42%); pero es a partir de 2009 cuando toma valores superiores a la mitad, junto con el año 2006, tomando valores totales de presencia a partir de 2011.

Sin embargo, el patrón que se repite también en esta publicación es que la mención del diagnóstico (variable 26) aparece en casi la totalidad de los resúmenes encontrados, llegando hasta el 93%. En todos los años la cifra de resúmenes que lo incluyen está alrededor del 92%, llegando a su presencia total en 2011 y 2012.

Destaca en estos resúmenes el poco uso de descriptores técnicos (variable 28), sólo aparecen en un 8% de los mismos, frente al 97% de los resúmenes en los que aparecen nombres comunes o sinónimos, llegando esto último a partir de 2009 a aparecer en la totalidad de los resúmenes.

Con esto podemos concluir diciendo que los resúmenes que contienen dos variables (43%) son los que más aparecen en esta revista, seguidos muy de cerca por los que incluyen tres (34%); aunque hemos de mencionar que también existen un gran

número de ellos que incluyen cuatro (cerca del 15%). Por su parte, los que menos aparecen son los que contienen cinco (3%), una (4%) y seis (se queda en un 0.17%).

(Vid. Anexo III tablas 133-156, págs. 540-543)

IV.3.1.5. Metodología/Medidas de variables

Ausencia total, a través de los años, de resúmenes que contengan algunas de las tres variables que corresponderían con esta parte de la metodología: información sobre las medidas (variable 31), identificación de las variables de forma explícita (variable 32) y mención de la fuente de datos (variable 33).

(Vid. Anexo III tablas 205-214, págs. 551-552)

IV.3.1.6. Resultados

Ausencia clara de esta sección en la mayoría de los resúmenes analizados y en la mayoría de las variables que podemos analizar en ella.

La presencia de los resultados en los resúmenes (variable 35) queda de manifiesto en tan sólo el 25% de los mismos, haciéndose de manera explícita (variable 36) solamente en casi el 3% de los mismos. La presencia de los resultados es tímida a lo largo de los años, no superando nunca el 33%, aunque esto cambia radicalmente en 2011, año en el que los resúmenes que ofrecían resultados ascienden al 83% de los mismos, llegando al 100% en el año siguiente, cifras que aparecen también en relación con la mención explícita de los mismos, aunque el porcentaje de aparición en el resto de años anteriores a estos dos últimos baja hasta la ausencia total en muchos años y del 2% al 9% en los que así lo hacen.

Las demás variables siguen la misma tendencia de ausencia, situándose en valores alrededor del 99%, salvo la relacionada con la mención de resultados positivos (variable 37), cuya presencia sube hasta cerca del 21%; en todos los años hay mención de este tipo de resultados, aunque con una frecuencia de aparición que va de 9 a 28%, subiendo a un 83 y un 100% en 2011 y 2012. En cuanto a las primeras que hemos mencionado encontramos las siguientes: mención de resultados negativos (variable 38), con ausencia total de los mismos en 2011 y 2012; limitaciones (variable 39), sólo mencionadas en cerca del 2% de los resúmenes de 2003; inclusión de interpretaciones (variable 41), aparecidas sólo en 2001 y 2002 con igual dato que en la anterior variable;

y aparición de datos numéricos (variable 42) –solamente presentes en 2011 (50%) y 2012 (100%) y estadísticos (variable 43), sólo en cerca de un 2% en 2002.

Hay una ausencia total de resúmenes cuando hablamos de dos variables: cambios en las medias primarias (variable 40) y correspondencia de todas las medidas del documento en el resumen (variable 44).

Es por todo esto que los resúmenes que no incluyen ninguna información sobre los resultados alcanza el 75% de los mismos, seguidos, aunque con un porcentaje muy bajo, de los que contienen dos tipos de informaciones distintas (20%). Los que contienen una, tres y cuatro representan tan sólo el 1%, el 3% y el 1% respectivamente.

(Vid. Anexo III tablas 235-258, págs. 555-559)

IV.3.1.7. Conclusiones

Esta sección, al igual que ha ocurrido con la de los resultados, carece de presencia en los resúmenes de esta publicación; muestra de ello es que en sólo el 29% de los resúmenes se ofrecen conclusiones (variable 46); de ellos, tan sólo el 2% ofrecen conclusiones consistentes con los resultados (variable 47). Conclusiones aparecen en todos los años aunque tímidamente, no habiendo un patrón fijo en la subida o bajada de la mención de las mismas; es a partir de 2009 cuando esta variable toma valores importantes de presencia siendo del 50% en dicho año y llegando a la totalidad de los resúmenes en los dos años siguientes.

Hay una ausencia total de resúmenes que mencionen las implicaciones del estudio (variable 48); y, aunque no es total, encontramos una presencia tan sólo del 6% cuando hablamos de la variable relacionada con la mención de su contribución a la literatura (variable 49) -con una ausencia total en los resúmenes publicados a partir de 2001- y sólo cercana al 1% cuando se trata de mencionar recomendaciones para futuros estudios (variable 50), solamente presentes en 2002, 2004, 2009 y 2011, o se resumen anteriores secciones del resumen (variable 51), presentes sólo en la mitad de los resúmenes de 2011 y en la totalidad de los del año siguiente.

Por todo, el 66% de los resúmenes que aparecen en esta publicación en estos años, y referidos a casos clínicos, no incluyen ninguna de las seis variables, es decir, ninguna información sobre las conclusiones; los que incluyen una representan cerca del

29% de los resúmenes; y los que incluyen dos o tres se quedan en casi el 5% los primeros y en un 0.35% los segundos.

(Vid. Anexo III tablas 307-322, págs. 566-568)

IV.3.1.8. Originalidad/Valor

Ausencia, aunque no total, de esta sección en los resúmenes analizados. La poca presencia se justifica con la aparición en 5 resúmenes, de los 575 encontrados, de forma explícita, de la originalidad del caso (variable 53); esos resúmenes se localizan en 2008, uno de ellos (de los 49) y 2009, los otros cuatro (de 48). Por su parte, el valor biomédico no aparece explícitamente en ninguno de los resúmenes (variable 54).

Por estos datos, el 99% de los resúmenes no incluyen ninguna de las dos informaciones y sólo cerca del 1% lo hacen de la primera de ella.

(Vid. Anexo III tablas 355-362, págs. 574-575)

IV.3.2. *Actas Urológicas Españolas* con resumen estructurado

El análisis de los 84 resúmenes estructurados aparecidos en esta publicación en los casos clínicos entre los años 2000 y 2012 es el que se menciona detalladamente a continuación.

IV.3.2.1. Aspectos generales

Estos resúmenes, en la totalidad de los casos, no responden a la estructura propuesta para los resúmenes de casos clínicos (variable 1), aunque un 64% de ellos sí guardan relación con la estructura del caso clínico al que acompañan (variable 2). La tendencia, como se puede extraer de aquí, es que la estructura del resumen guarde relación con la del caso clínico; tan sólo hay dos años en los que predomina el caso contrario: en 2001 tan solo el 28% lo hacen y en 2006 se queda en el 45%. En el resto de años los valores giran alrededor del 72% alcanzando valores absolutos de relación en 2011 y 2012. La mayoría de ellos, cerca de un 80% se encuentran ubicados entre el título y el texto (variable 3), llamando la atención que entre 2000 y 2002 no apareciera ninguno en esta ubicación, puesto que las palabras claves aparecen justo antes del

resumen; a partir de 2003 ya empiezan a aparecer situados en su totalidad entre el título y el texto.

Como buenos resúmenes estructurados el 100% de ellos se encuentran organizados en dos o más párrafos (variable 5), aunque su aparición de forma explícita sólo se produce en casi el 92% de ellos (variable 6), siendo 2001 el único año en el que ningún resumen ofrece la estructura de esta forma.

Predominan, por tanto, los resúmenes que incluyen cuatro de las cinco variables (cerca del 54%), seguidos muy de cerca por los que contienen tres (34%); los que contienen una o dos representan, cada uno, el 6% de los resúmenes.

(Vid. Anexo III tablas 17-32, págs. 521-524)

IV.3.2.2. Objetivos/Tema

En esta sección nos encontramos con una presencia de la mayoría de las variables en los resúmenes, aunque ninguna de ellas es plena. Tan sólo nos encontramos con valor de ausencia predominante cuando se tratan los objetivos secundarios (variable 11), que sólo aparecen en el 3% de los resúmenes, y concretamente en los años 2001 y 2006.

En lo que respecta a los antecedentes (variable 8), cerca del 60% los reflejan. El patrón que se sigue es la presencia de los mismos en más de la mitad de resúmenes de cada año, aunque hay tres años que rompen con esto, 2003, 2006 y 2007, años en los que la presencia se sitúa por debajo de la mitad, concretamente entre el 33% y el 45%. A partir de 2008 la mención de estos antecedentes se produce en valores cercanos al 100%, alcanzándose dicha cifra en 2008 y 2012.

Como tendencia general seguida en el resto de publicaciones analizadas, el objetivo principal (variable 9) y el problema de salud (variable 12) aparecen en el 95% y 96% de los resúmenes respectivamente. Ese objetivo principal aparece enunciado de forma expresa en cerca del 61% de los casos (variable 10). Cuatro son los únicos años en los que la distinción del objetivo principal no es total: 2000, 2003, 2004 y 2005, aunque sus valores giran alrededor del 86%; entre 2001 y 2002 y a partir de 2006 el valor alcanza el 100% de presencia, aunque a partir de 2008 la forma de hacerlo no sea de forma explícita en la totalidad de sus resúmenes (salvo en 2009 donde explícitamente sólo se hace en el 40%). En cuanto al problema de salud aparece en el 100% de los

resúmenes de todos los años, a excepción de 2001 y 2003 que lo hace en el 71% y 89% de los resúmenes.

Estos datos aportados hasta ahora sacan a la luz que los resúmenes que más abundan son los que contienen tres variables (cerca del 74%); en segundo lugar, aunque con un porcentaje muy alejado del primero, están los que incluyen cuatro (15%); y por último mencionar que el 8% de los resúmenes incluyen dos variables y sólo un 2% recoge todas.

(Vid. Anexo III tablas 63-76, págs. 528-531)

IV.3.2.3. Metodología/Pacientes

En esta parte de la sección de metodología, por lo que muestran los datos, una información detallada del paciente es suministrada por la mayoría de los resúmenes.

El número de pacientes (variable 14) es mencionado en cerca del 85% de los resúmenes, el sexo (variable 16) en un 75% de los casos (con valores variables pero constantes a lo largo de todos los años) y la edad (variable 17) en un 65% de ellos (sólo se menciona por debajo de la mitad de los resúmenes en 2001 y 2002, que bajan hasta el 43% en el primero de los años y a un 33% en el segundo); aunque bien es cierto que las características y los aspectos primarios del paciente (variable 15) sólo aparecen en cerca del 17% de los resúmenes, algo que nos deja ver que sólo menciona datos no muy relevantes, aunque si importantes, del mismo.

No hay un patrón fijo de aparición del número de pacientes a través de los años, aunque sí vemos que de 2001 a 2004, en 2008 y a partir de 2011, este dato es ofrecido en todos los resúmenes de cada uno de los años; en los cinco años restantes esta información es dada entre el 64% y el 83% de los resúmenes.

Los aspectos primarios del paciente son obviados totalmente en los resúmenes aparecidos en 2002, 2005, 2006 y 2008; en el resto de los años, los resúmenes en los que aparecen rondan del 11 al 44%. Un dato llamativo es que en el 2012 este dato apareció en la totalidad de sus resúmenes.

Las características demográficas comunes (variable 18) sólo aparecen en alrededor del 11% de los resúmenes; en años como 2001, 2002, 2007, 2008 y 2012 no aparece ningún resumen con este tipo de dato. En los demás años la cifra ronda el 13%, aunque en 2000 se sitúa en la mitad de resúmenes aparecidos ese año.

Con estos datos afirmamos que los resúmenes que predominan son los que ofrecen información de tres variables (cerca del 48%), seguidos de los que ofrecen información de cuatro (alrededor del 18%). El resto de resúmenes ofrecen información de dos (15%), de una (7%) e incluso hay cerca de un 12% de los resúmenes que no ofrecen ningún tipo de información relacionada con el paciente.

(Vid. Anexo III tablas 105-118, págs. 535-537)

IV.3.2.4. Metodología/ Intervención

Esta segunda parte dentro de la metodología se caracteriza por la ausencia de este tipo de información, aunque con excepciones, como veremos a continuación.

El tipo de trabajo efectuado (variable 20), el diseño del estudio (variable 21), y el nivel de cuidado clínico (variable 25) no es mencionado en ninguno de los resúmenes estructurados de casos clínicos aparecidos en esta publicación.

El resto de variables no es que tengan valores muy altos, sin embargo tienen una presencia más o menos representativa: en cerca del 18% aparece la duración del estudio (variable 22), estando presente en todos los años de forma discreta (menos en 2012 donde alcanza el 100%) con excepción de 2002, 2007 y 2008; un 15% mencionan los métodos usados para el cuidado (variable 24), estando ausentes entre 2000 y 2001, 2004 y 2005 y 2008; y cerca del 30% incluyen los criterios de valoración de las pruebas diagnósticas (variable 27), habiendo años, 2008, 2011 y 2012, en los que no se mencionan en ninguno de los resúmenes.

Estos valores bajos contrastan, como hemos visto en las anteriores dos publicaciones, con los valores que encontramos en la descripción de la intervención (variable 23) y la mención del diagnóstico (variable 26), el primero se sitúa en el 70% mientras que el segundo se eleva hasta el 95%.

2008 es el único año en el que no se menciona en ninguno de sus resúmenes la descripción llevada a cabo en el paciente. Este dato contrasta con la presencia absoluta en todos los resúmenes aparecidos en 2002, 2003, 2011 y 2012. En el resto de años los valores están entre el 54 y el 80%.

Por su parte, los dos únicos años en los que el diagnóstico no aparece en la totalidad de los resúmenes de dichos años son 2003 y 2004, que aparece en el 78 y 80% de los mismos.

El uso de nombres comunes o sinónimos (variable 29) es claro en los resúmenes de casos clínicos de esta publicación, puesto que se usan en cerca del 99% de los casos, en contra del 7% que usan descriptores técnicos (variable 28).

La presencia de resúmenes en los que están presentes distintas variables en esta publicación están muy igualados, no existiendo un predominio claro de unos frente a otros: el 30% de los resúmenes incluyen cuatro variables, el 29% tres y el 26% dos; además, existe un 15% de los resúmenes que incluyen cinco.

(Vid. Anexo III tablas 157-180, págs. 544-547)

IV.3.2.5. Metodología/Medidas de variables

Ausencia total, a través de los años, de resúmenes que contengan algunas de las tres variables que corresponderían con esta parte de la metodología: información sobre las medidas (variable 31), identificación de las variables de forma explícita (variable 32) y mención de la fuente de datos (variable 33).

(Vid. Anexo III tablas 215-224, págs. 553-554)

IV.3.2.6. Resultados

Existe una tendencia general a la no aparición de resultados ni variables relacionadas en este tipo de resúmenes. Sólo el 46% de los resúmenes ofrecen información sobre los resultados (variable 35), haciéndolo de manera explícita (variable 36) en cerca del 18% de los mismos. De 2000 a 2001, 2003, 2005 y a partir de 2011 los resúmenes que mencionan resultados están alrededor de la mitad de los que se incluyen en dichos años, subiendo en 2011 a un 83% y en 2012 ser la totalidad de ellos los que los incluyen, cifra que también se alcanza en 2002.

De los resúmenes que menciona resultados, cerca del 37% mencionan resultados son de carácter positivo (variable 37), y sólo cerca del 5% lo hacen en relación a resultados negativos. Los primeros, salvo en 2008, se mencionan en mayor o menor grado en todos los años mientras que negativos sólo aparecen mencionados en los resúmenes aparecidos de 2000 a 2002 y en 2006, no apareciendo ninguno en el resto de años.

Valores de ausencia total la encontramos en información relacionada con los cambios en las medidas primarias (variable 40) y con la inclusión de todas las medidas del texto en esta parte del resumen (variable 44).

El resto de información que aparece en esta sección es de distinta índole: las limitaciones (variable 39), sólo mencionadas en 2003, y las posibles interpretaciones (variable 41) – que sólo las encontramos en 2001- sólo son mencionadas, en ambos casos, en el 1% de los resúmenes.

En lo que respecta a la aparición de datos numéricos y estadísticos en los resultados, hemos de decir que sólo cerca del 5% incluyen datos numéricos (variable 42) –en el año 2011- y tan sólo el 1% incluyen de los segundos (variable 43) –en el año 2002.

De todo esto extraemos que los resúmenes que predominan, con un 53%, son los que no incluyen ninguna información sobre los resultados; a estos les siguen los resúmenes que incluyen información de dos variables relacionadas con los resultados (cerca del 23%). Los que incluyen información sobre tres variables representan cerca del 12%, un 7% los que dan información sobre cuatro y cerca del 5% lo hacen de una sola variable.

(Vid. Anexo III tablas 259-282, págs. 559-563)

IV.3.2.7. Conclusiones

En contra de lo que sucede con la anterior sección de resultados, las conclusiones (variable 46) aparecen en casi la totalidad de los resúmenes, en concreto en el 94% de los resúmenes, aunque sólo en el 13% de los casos son consistentes con los resultados aparecidos en los resúmenes (variable 47). Presencia absoluta de conclusiones en todos los resúmenes la encontramos en 2000, 2002 y a partir de 2005 (salvo 2009 en el que cerca del 7% de los resúmenes no las incluyen); en estos años mencionados la consistencia es nula en 2000, 2005, 2008, 2009 y 2012.

El resto de información que podemos encontrar en estos resúmenes, relacionadas con las conclusiones son: la contribución del caso a la literatura (variable 49) –sólo aparecen en 2004 y 2009, recomendaciones para estudios posteriores (variable 50) – presentes sólo en 2002, 2009 y 2011- e información de otras secciones del resumen (variable 51) –sólo ofrecida en 2011 y 2012; en todas ellas el porcentaje de aparición

está entre el 5% y el 6%. De lo que no se ofrece ningún tipo de información en estos resúmenes es de las implicaciones del estudio (variable 48).

Con el análisis de todos estos datos podemos afirmar que predominan los resúmenes, con un 68%, que incluyen información de una variable relacionada con las conclusiones, situándose con un 24% los que incluyen información de dos de ellas. Por su parte existe un 2% de los resúmenes que incluyen información de tres variables y cerca de un 6% en donde no aparece ninguna información sobre las conclusiones.

(Vid. Anexo III tablas 323-338, págs. 569-571)

IV.3.2.8. Originalidad/Valor

Los resúmenes estructurados no incluyen el valor biomédico del caso clínico en sus resúmenes (variable 54), aunque en el 2% de los mismos sí que se menciona explícitamente la originalidad del mismo (variable 53), concretamente en dos de los quince resúmenes que aparecen en 2009. Esto nos indica que predominan en el 98 de los casos los resúmenes que no incluyen ninguna variable relacionada con esta sección.

(Vid. Anexo III tablas 363-370, págs. 575-576)

IV.3.3. *Actas Urológicas Españolas* con resumen no estructurado

A continuación exponemos los resultados encontrados en los resúmenes no estructurados de esta publicación, exactamente 491, encontrados en el análisis pormenorizado de este tipo de resumen en los casos clínicos aparecidos de 2000 a 2012 en la publicación de la que nos ocupamos, concretamente de 2000 a 2009 ya que en los tres años siguientes no aparecen resúmenes de este tipo no estructurado.

IV.3.3.1. Aspectos generales

Ningún resumen no estructurado de esta publicación refleja la estructura del metamodelo de resumen para casos clínicos (variable 1); pero es que, además, tan sólo el 9% de los resúmenes reflejan o guardan relación con la estructura que sigue el caso clínico al que acompaña (variable 2), no apareciendo en ninguno de los resúmenes la estructura explícita (variable 6).

La tendencia que observamos en relación a la variable 2 a lo largo de los años es que en ningún año, pese a estar presente en todos, la presencia de dicha estructura supera el 12%, subiendo y bajando sin patrón alguno.

En cuanto a su ubicación no todos los resúmenes aparecen entre el título y el texto (variable 3), solamente el 62% lo hacen. Y en relación a la composición de los mismos se observa que cerca del 61% están compuestos de un solo párrafo (variable 4), haciéndolo en dos o más (variable 5), por tanto, cerca del 40% de ellos.

De 2000 a 2002, como hemos visto que ha ocurrido con los resúmenes estructurados, ningún resumen se ubicaba entre el título y el texto del caso; es a partir de 2003 cuando empiezan a aparecer ahí, aunque quedando aún resúmenes que se ubicaban en otro lugar; en 2003, 2004 y 2006 alrededor del 96% de los resúmenes se ubicaban ahí, produciéndose la ubicación total entre dichas zonas en 2005 y a partir de 2007 en adelante.

En lo relativo a la composición de los mismos predominan los que se estructura en un solo párrafo, aunque en los primeros años el número de resúmenes estuviera sólo alrededor del 50%; es a partir de 2006 cuando toma valores mayores y se sitúa esta composición entorno al 80%. Lo contrario ocurre con la composición en dos o más párrafos: la tendencia era en los primeros años a aparecer más con esta composición y a partir de 2006 éstos empiezan a bajar hasta valores cercanos al 18%.

Con estos datos podemos observar que predominan los resúmenes que contienen información de dos variables (60%), seguidos de los que ofrecen sólo de una (34%) y los que dan información de tres (5%).

(Vid. Anexo III tablas 33-48, págs. 524-526)

IV.3.3.2. Objetivos/Tema

La presencia de los antecedentes sobre el tema (variable 8) está justificada en la mayoría de los resúmenes, pues estos datos aparecen en cerca del 72% de los resúmenes. A lo largo de todos los años la tendencia es que más del 64% en cada año ofrezca esta información, llegando a cifras de cerca del 81% en 2007.

Como en anteriores ocasiones, en el resto de publicaciones, el objetivo principal (variable 9) y el problema de salud (variable 12) aparecen en prácticamente la totalidad de los resúmenes, en cerca del 97% en el primer caso y en casi el 98% en lo relativo a la

aparición de los problemas de salud, si bien es cierto que sólo en el 1% de los resúmenes aparece dicho objetivo expresado explícitamente (variable 10).

Los objetivos principales son ofrecidos a lo largo de todos los años con una elevada presencia de los mismos en los resúmenes; en 2001, 2006, 2008 y 2009 la presencia de ellos es total en todos los resúmenes de todos los años; en el resto, los porcentajes de aparición superan el 92%; pese a ello, sólo en dos de los años, 2003 y 2006, el objetivo principal aparece de forma explícita.

Por su parte, la presencia del problema de salud y su importancia a lo largo de los años, como hemos visto, es incuestionable: 100% de aparición en 2002, 2004 y a partir de 2006; en el resto de años ronda del 93 al 98%.

La mención de objetivos secundarios (variable 11) sigue la tendencia de anteriores publicaciones y tipo de resúmenes y no llega al 1% los resúmenes en los que aparecen, apareciendo en 2001 (en 1 de los 56 resúmenes de ese año) y en 2008 (en 1 de los 48 resúmenes).

Estos datos aportan que los resúmenes que predominan son los que contienen tres de las cinco variables que dan información sobre esta sección (67%); a éstos les siguen los que dan información sobre dos aspectos (casi el 32%) y, con un porcentaje muy bajo de representación nos encontramos los que ofrecen información de una y de cuatro (1% cada una).

(Vid. Anexo III tablas 77-90, págs. 531-533)

IV.3.3.3. Metodología/Pacientes

Los resúmenes donde aparece mencionado el número de pacientes (variable 14) tienen un valor bajo, concretamente un 54% de los mismos, muy igualado con los que no lo contienen; al igual que la mención del sexo del paciente (variable 16) donde casi la mitad lo ofrecen y la otra mitad no.

La tendencia de aparición de la indicación del número de pacientes se concentra, sobre todo, a partir de 2006, en donde los resúmenes en los que se mencionan superan a los que no, aumentando considerablemente a partir de 2008 (71%); en 2001 y 2004 también aparece este dato, aunque entorno al 50%; en el resto de años, aunque también aparece, no superan a los que no los nombran.

Por su parte, la tendencia relacionada con el sexo es a que no se mencione en muchos de los años, aunque hay presencia de ello en todos, superando en 2004 y 2006

los que lo ofrecen a los que no, aunque el porcentaje está sólo en el 55% de los casos; es a partir de 2008 cuando se produce una subida espectacular de los resúmenes en los que sí aparece (71%) que se mantiene en el año siguiente.

Cifras negativas, es decir, datos ausentes en los resúmenes las ofrecen el resto de informaciones relacionadas con los pacientes: sólo en cerca del 15% aparecen las características y los aspectos primarios del paciente (variable 15), aunque está presente esta dato en todos los años pero con una frecuencia muy baja (del 4% al 25) ; en el 35% de los resúmenes aparece mencionada la edad (variable 17), en todos los años aunque que la mayor frecuencia se produce a partir de 2008 con el 45% de los mismos en cada año; y sólo en cerca del 2% aparecen las características demográficas comunes (variable 18), mencionadas sólo en los tres primeros años y en 2004 y 2005, cambiando la tendencia a su no inclusión en ninguno de los resúmenes a partir de 2006.

Predominan, por tanto, los resúmenes que no ofrecen ningún tipo de información del paciente, con un 44%; detrás de ellos encontramos los que ofrecen tres datos del paciente de los mencionados anteriormente, con un 29%. Los que ofrecen dos datos suponen el 15% de ellos, mientras que los que ofrecen cuatro, uno y cinco se quedan en el 8%, 3% y 1% respectivamente.

(Vid. Anexo III tablas 119-132, págs. 538-540)

IV.3.3.4. Metodología/ Intervención

La ausencia de esta subsección dentro de la sección de metodología es clara en todos los resúmenes, aunque con claras excepciones en relación a algunas de las variables de las que se ofrece información.

En ninguno de los años hay resúmenes que mencionen el tipo de trabajo efectuado (variable 20) ni el nivel de cuidado clínico (variable 25), como viene, por lo que hemos visto, siendo habitual en el resto de publicaciones analizadas.

Aunque hay presencia del resto de informaciones, los valores no son muy elevados: en el 0.20% de los resúmenes aparece el diseño del estudio (variable 21), concretamente aparece en el año 2001; la duración del estudio (variable 22) aparece en el 4% de los resúmenes, repartido por todos los años, aunque la aparición en dichos años esté sólo entre el 2 y el 9%; los métodos usados para el cuidado del paciente (variable 24) en cerca del 2% de los resúmenes, aparecidos en 2001, de 2004 a 2006 y 2009; y la valoración de las pruebas diagnósticas (variable 27) en cerca del 15% de los

resúmenes, aparecidos en todos los años del estudio aunque con una presencia baja pero constante de su aparición, entre el 5% y 28% según el año.

Valores más altos de presencia los encontramos en la mención de la intervención (variable 23), que, aunque no llega a la mitad de resúmenes que la incluyen, sí que lo hacen un 40% de los mismos, repartidos por todos los años de manera homogénea en su valor; y cómo no, como hemos visto hasta ahora, la mayor presencia la ostenta la mención del diagnóstico (variable 26), que como en todos los anteriores casos llega a valores cercanos al total, reflejándose, en este caso, en cerca del 93% de los resúmenes, porcentaje que más o menos se repite a lo largo de todos los años del estudio.

El predominio de nombres sinónimos y comunes (variable 29) es claro: el 97% de los resúmenes los incluyen frente al 8% que incluyen descriptores técnicos (variable 28); estas cifras nos pueden parecer extrañas porque superarían el 100% de los mismos; esto significa, como en el resto de veces que lo hemos analizado en las otras publicaciones y en el otro tipo de resumen, que hay un porcentaje de resúmenes que ofrecen nombres comunes o sinónimos pero que también, junto con ellos, en el mismo resumen, pueden aparecer descriptores técnicos usados a la par que los otros; de ahí que los resultados en ésta y en anteriores publicaciones y tipos de resúmenes analizados muestren este tipo de datos.

Todos estos datos nos hacen ver que los resúmenes que ofrecen información de dos variables relacionadas con la intervención son los que más predominan, con un 46% del total, seguidos muy de cerca por los que ofrecen información de tres (35%). Los que ofrecen cuatro variables representan el 12%, los de una el 5% y los que ofrecen información de cinco o seis variables el 1% respectivamente.

(Vid. Anexo III tablas 181-204, págs. 548-551)

IV.3.3.5. Metodología/Medidas de variables

Se observa ausencia total, a través de los años, de resúmenes que contengan algunas de las tres variables que corresponderían con esta parte de la metodología: información sobre las medidas (variable 31), identificación de las variables de forma explícita (variable 32) y mención de la fuente de datos (variable 33).

(Vid. Anexo III tablas 225-234, págs. 554-555)

IV.3.3.6. Resultados

La sección de resultados está marcada por una ausencia generalizada de la misma pues en sólo en 21% de los resúmenes aparecen mencionados dichos resultados (variable 35), no llegando ni al 1% los que lo hacen de manera explícita (variable 36), apareciendo sólo 1 de los 34 de resúmenes en 2007 que lo hace. En los resúmenes en los que aparecen resultados, casi el 18% de ellos ofrecen resultados positivos (variable 37) y sólo en el 4% se ofrecen resultados negativos; en ambos casos en todos los años existen resúmenes en los que aparecen, aunque como se puede apreciar de lo dicho anteriormente con muy poca presencia. En esta sección, junto con los resultados, y en este tipo de resumen, se incluyen interpretaciones de los autores a raíz de los datos encontrados (variable 41), aunque en este caso sólo aparecen en el 0.20% de los mismos y en un único resumen de los 57 aparecidos en 2002.

Hay una constante en todos los años a mencionan los resultados encontrados, aunque en una proporción muy baja en relación a los que no lo hacen; la aparición se produce entre el 10 y el 19%, aunque hay años como el 2000, 2002, 2006 y 2009 que giran alrededor del 30%.

Sin embargo hay otro tipo de información, relacionada con los resultados, que no aparece en ninguno de los resúmenes no estructurados que acompañan a los casos clínicos publicados en esta revista en los años de nuestro estudio; ejemplo de ello son: limitaciones del estudio (variable 39), cambios en las medidas primarias (variable 40), datos numéricos (variable 42), datos estadísticos (variable 43) y correspondencia de todas las medidas aparecidas en el texto con las del resumen (variable 44).

Con estos datos es claro que abundan los resúmenes en los que no se menciona esta sección, concretamente cerca del 79% no la incluyen; los que la incluyen dan información de dos variables en cerca del 20 % de los resúmenes y los que dan información sobre tres de ellas sólo representan solamente 1%.

(Vid. Anexo III tablas 283-306, págs. 563-566)

IV.3.3.7. Conclusiones

Los resúmenes no estructurados de esta publicación adolecen, como ha ocurrido con la sección anterior, de información sobre las conclusiones, como muestra el hecho de que sólo el 18% de los resúmenes las incluyan (variable 46), no llegando ni al 1% las

que son consistentes con los resultados (variable 47). En todos los años se ofrece información sobre las conclusiones a las que se ha llegado, aunque la presencia no es muy alta, estando sólo entre el 14% y el 23%, sin patrón fijo a lo largo de los años, Destacar que el valor más alto de presencia, con un 30%, es en 2012. Al contrario de lo que hemos comentado, y que se convierte en tendencia, es que la ausencia de la consistencia de los resultados es total en todos los años de estudio salvo en 2001 y 2009, aunque sólo sea en el 2% y el 3% respectivamente.

Aparte de las conclusiones propiamente dichas también se menciona en esta sección la contribución del caso clínico a la literatura (variable 49), aunque sólo sea en el 6% de los resúmenes, distribuyéndose ese porcentaje entre todos los años del estudio con valores muy parecidos de mención.

De lo que no se ofrece información es de las implicaciones del estudio (variable 48) y de las recomendaciones para futuras investigaciones (variable 50), ni se resumen anteriores secciones o datos ya mencionados en el mismo (variable 51).

Con este panorama es normal que en haya un 76% de resúmenes en los que no se menciona ningún tipo de información sobre las conclusiones alcanzadas, un 22% de los resúmenes en los que se menciona información sobre una sola variable y sólo un 2% que dan información sobre dos de las seis variables.

(Vid. Anexo III tablas 339-354, págs. 571-573)

IV.3.3.8. Originalidad/Valor

Tan sólo en tres resúmenes no estructurados aparece explícitamente la mención de la originalidad del caso (variable 53) –uno en 2008 (de los 48) y dos en 2009 (de los 33), cosa que no se repite en relación con el valor biomédico del mismo (variable 54), que no se menciona en ningún resumen no estructurado; es por ello que predominen los resúmenes que no incluyen ninguna de las variables, siendo sólo cerca del 1% de ellos los que incluyen una de las variables.

(Vid. Anexo III tablas 371-378, págs. 576-577)

IV.3.4. Análisis de los datos descriptivos

De esta última publicación analizada también hacemos un resumen de lo observado hasta ahora.

IV.3.4.1. Perspectiva global: los datos en su conjunto

Estos resúmenes no responden a la estructura modelo propuesta para ellos ni relacionan su estructura con la que tiene el caso clínico al que acompañan. Aparecen entre el título y el texto y suelen aparecer en uno o en dos o más párrafos de manera indistinta.

Incluyen los antecedentes del tema de que aborda el caso, el objetivo principal – aunque no de forma explícita- y el problema de salud y su importancia. Ausencia de objetivos secundarios.

En la sección de metodología aparece el número de pacientes, el sexo y la edad del mismo, y pocas veces las características y aspectos primarios del mismo. Suele incluir la intervención y casi siempre el diagnóstico, con nombres comunes frente a descriptores técnicos.

No suele incluir ni los resultados ni las conclusiones, no siendo éstas consistentes con los resultados cuando aparecen. Otro tipo de información que mencionan es la contribución a la literatura.

No incluyen de forma explícita ni la originalidad del caso ni el valor biomédico del mismo.

IV.3.4.2. Resumen estructurado

Estos resúmenes no responden a la estructura propuesta en nuestro estudio aunque sí guardan relación con la estructura del caso clínico al que acompaña. Se sitúan entre el título y el texto y todos estructurados en más de un párrafo, estableciendo esta estructura de forma explícita.

Aparecen antecedentes del tema, el objetivo principal, explícitamente, y el problema de salud.

En la metodología incluye el número de pacientes, el sexo y la edad del paciente pero no las características del mismo. Menciona la intervención y el diagnóstico e incluye, aunque en poca proporción, la duración del estudio, la valoración de pruebas diagnósticas. Para ello usa nombres comunes o sinónimos.

No suelen aparecer los resultados y cuando lo hacen suelen ser más frecuentes los positivos que los negativos.

Lo que si aparecen son las conclusiones, aunque son poco consistentes con los resultados. Aquí también aparece la contribución a la literatura.

No se mencionan ni el valor biomédico ni la originalidad del caso al que acompaña.

IV.3.4.3. Resumen no estructurado

Los resúmenes no estructurados no guardan relación ni con la estructura propuesta por el modelo que se ha elaborado en el trabajo ni con la estructura del caso clínico al que acompañan. Suele aparecer entre el título y el texto completo y estar formado en un solo párrafo, aunque también abundan los que lo hacen en dos o más.

Incluye información sobre los antecedentes del tema, el objetivo principal – aunque no de forma explícita- y el problema de salud y su importancia.

En la metodología menciona el número de pacientes y el sexo, y en menor grado aparecen la edad y las características del paciente. Hay poca mención de la intervención pero sí que menciona el diagnóstico con un predominio del vocabulario común frente a descriptores técnicos.

Hay una ausencia tanto de los resultados como de las conclusiones, que cuando las hay no son consistentes con los resultados. Se menciona también su contribución a la literatura.

No hay presencia explícita, en estos resúmenes, ni de la originalidad del caso ni del valor biomédico del mismo.

IV.4. Comparaciones entre las revistas

En esta parte de los resultados compararemos cada una de las secciones que hemos estructurado en el cuestionario elaborado para la extracción de datos y que estamos analizando. En cada sección aparecerán dos tablas, una relacionada con las diferencias entre tipos de estructura del resumen y otra que refleja las diferencias entre revistas. De cada una de las secciones se hará el mismo análisis, así hasta completar las 8 existentes; por eso este capítulo está organizado en función de las secciones/*moves* en las que debería organizarse un resumen que acompaña a un caso clínico.

La información que aparecerá en cada una de las tablas estará relacionada con “si difieren” o “no difieren” significativamente los resúmenes y las revistas analizadas

en función de la variable concreta estudiada (en las tablas, para evitar redundancias, simplemente aparecerá sí o no difieren, sobreentendiéndose que dicha diferencia, en ambos casos, es siempre significativa); si se obtiene un p-valor (en el texto será nombrado simplemente con p) inferior a 0.05 indicará que hay diferencias significativas para la variable que estamos testando; si, por el contrario, es superior a 0.05 indicará que no hay diferencia significativa. Por otra parte, otro valor que puede aparecer en el p-valor es NaN; en este caso indicaría que no existen diferencias ya que los datos son exactamente iguales.

En el caso de que aparezca una diferencia significativa se procederá a su explicación detallada; en cambio, de no surgir una diferencia significativa, sólo se mencionará que no existe dicha diferencia, mostrándose el valor que justifica esa ausencia de diferencia.

Para ver las diferencias entre tipos de resúmenes se utiliza la prueba U de Mann-Whitney porque hay dos niveles (estructurados y no estructurados) y para ver las diferencias entre tipos de revistas se utiliza el test de Kruskal-Wallis porque hay tres niveles (tres revistas diferentes). Cuando se encuentran diferencias entre revistas, se realiza un test post hoc para analizar dos a dos entre cuáles de las revistas están dichas diferencias encontradas. Para este test post hoc se vuelve a utilizar la prueba U de Mann-Whitney con la corrección de Holm.

Las diferencias a las que se hace referencia se encuentran al observar los datos recogidos para cada tipo de resumen de la misma variable, buscando similitudes o disimilitudes entre las medidas de dicha variable e igualmente al observar las desemejanzas entre cada variable para las tres publicaciones estudiadas.

IV.4.1. Aspectos generales

En esta sección, como se ha mencionado anteriormente, aparecerán dos tablas relacionadas con la información encontrada: una de ellas refleja las diferencias entre tipo de estructura y la otra versará sobre las diferencias entre las revistas.

IV.4.1.1. Diferencias entre tipo de estructura

Las diferencias encontradas relativas a los aspectos generales, relacionados éstos con el tipo de estructura del resumen analizado, las podemos resumir en el cuadro que a

continuación aparece. Posteriormente procederemos a la explicación de estas diferencias, en el caso en el que aparezcan.

Variable	Sin diferenciar revista	<i>Acta Cardiologica</i>	<i>Acta Clinica Belgica</i>	<i>Actas Urológicas Españolas</i>
v01	No difieren (U=58097, p=0.524>0.05)	No difieren (U=1836, p=0.739>0.05)	No difieren (U=1748, p=0.839>0.05)	No difieren (U=NaN, p=NaN>>0.05)
v02	Sí difieren (U=87639, p=1.42e-31<0.05)	Sí difieren (U=2918, p=0.0000529<0.05)	Sí difieren (U=2870, p=1.76e-07<0.05)	Sí difieren (U=31989, p=4.63e-35<0.05)
v03	Sí difieren (U=65204, p=0.0123<0.05)	No difieren (U=1872, p=0.739>0.05)	No difieren (U=1934, p=0.456>0.05)	Sí difieren (U=24260, p=0.00179<0.05)
v04	Sí difieren (U=16404, p=7.08e-51<0.05)	Sí difieren (U=276, p=6.17e-14<0.05)	Sí difieren (U=4037, p=8.56e-10<0.05)	Sí difieren (U=8106, p=8.86e-25<0.05)
v05	Sí difieren (U=100226, p=7.08e-51<0.05)	Sí difieren (U=3432, p=6.17e-14<0.05)	Sí difieren (U=3107, p=8.56e-10<0.05)	Sí difieren (U=33138, p=8.86e-25<0.05)
v06	Sí difieren (U=112885, p=3.72e-240<0.05)	Sí difieren (U=3708, p=158e-71<0.05)	Sí difieren (U=3510, p=298e-63<0.05)	Sí difieren (U=39526, p=7.94e-115<0.05)
v07	Sí difieren (U=106360, p=1.9e-54<0.05)	Sí difieren (U=3643, p=.31e-11<0.05)	Sí difieren (U=3362, p=7.71e-10<0.05)	Sí difieren (U=37942, p=1.06e-41<0.05)

Tabla 47. Diferencias entre tipo de estructura relacionadas con los aspectos generales en los resúmenes de casos clínicos. Fuente: elaboración propia

Esta tabla nos deja ver que existen diferencias significativas entre los resúmenes estructurados y los no estructurados, tanto a nivel general, sin especificar la revista, como en cada una de las revistas de nuestro estudio, en relación a la parte que pone de manifiesto aspectos relacionados con la estructura de los resúmenes de los casos clínicos.

Como se observa, hay variables en las que no se aprecian ningún tipo de diferencia en relación a la presencia o ausencia de la misma en los distintos tipos de resúmenes de las tres publicaciones analizadas. Un ejemplo de ello es la variable 1 –el resumen responde a la estructura del metamodelo de resumen propuesto- tanto sin

diferenciar la revista como en cada una de ellas; en todas ellas la ausencia de dicha variable es clara.

En relación a la variable 2, es decir, si la estructura del resumen guarda relación con la estructura del caso al que acompaña, se observa que en todos los escenarios analizados hay una diferencia significativa entre la presencia o ausencia de la misma en los resúmenes no estructurados y los estructurados. En *Acta Cardiologica* la presencia de esta variable en los resúmenes estructurados representa cerca del 92% (n=12), mientras que en los no estructurados supone sólo un 34% (n=309); en *Acta Clinica Belgica* está presente en alrededor del 85% de los estructurados (n=13) frente al 21% de los no estructurados (n=270); y en *Actas Urológicas Españolas* en el 64% de los estructurados (n=84) y sólo en el 9% de los no estructurados (n=491). Como vemos esta variable está presente de manera más representativa, sin diferenciar entre las mismas, en los resúmenes estructurados.

Esto no ocurre con la presencia de la variable 3 –el resumen se encuentra localizado entre el título y el texto del documento original-; lo vemos en la revista *Acta Cardiológica* donde la presencia de la misma en ambos tipos de resúmenes es clara y no se aprecia diferencia entre los resúmenes estructurados (100%) –n=12- y no estructurados (99%) –n=309, y en *Acta Clinica Belgica* (46% -n=13-, y 36% -n=270- de presencia respectivamente). Sin embargo sí que existe una diferencia significativa entre ambos tipos de resúmenes en *Actas Urológicas Españolas*, donde la presencia de la misma supone cerca de un 80% de los resúmenes estructurados (n=84) mientras que en los no estructurados sólo supone el 62% (n=491). Esto nos lleva a apreciar que existe una diferencia notable entre ambos tipos de resúmenes sin distinguir la revista, predominando esta variable en los resúmenes estructurados.

El mismo caso de la variable 2 es lo que observamos en el resto de ellas en esta sección de aspectos generales. En la variable 4 –si está compuesto en un párrafo-, en la 5 –si está estructurado en varios párrafos- y en la 6 –si la estructura aparece de forma explícita, en todos los escenarios estudiados aparecen diferencias significativas entre unos tipos de resúmenes y otros.

En la revista *Acta Cardiologica* la ausencia total de la variable 4 es clara en los resúmenes estructurados por tratarse precisamente de ese tipo de resumen puesto que ellos aparecen estructurados en más de un párrafo y no en uno sólo; en cambio en los no estructurados su presencia del 85% (n=309). La variable 5, por su parte, representa el escenario contrario. Por último, en la variable 6 la diferencia es total entre ambos tipos

de resúmenes puesto que en uno, los estructurados, la presencia de la misma es del 100% (n=12) y en los no estructurados la ausencia es del 100% (n=309).

En *Acta Clinica Belgica* sucede lo mismo que en la anterior, coincidiendo con ella en la ausencia total de la variable 4 en los estructurados (n=13) y situando la presencia de la misma en un 77% de los no estructurados (n=270). La presencia de la variable 5 es más representativa en los resúmenes estructurados de dicha revista (100%, n=13) que en los no estructurados (cerca del 23%, n=270). La diferencia entre los dos tipos de resúmenes en relación a la variable 6 es clara puesto que en uno está presente en el 100% (estructurados) y en la otra la ausencia es total (no estructurados).

En la última de las publicaciones, *Actas Urológicas Españolas*, se repite el mismo fenómeno. En estas tres variables la diferencia es significativa en relación a la presencia de la misma en ambos tipos de resúmenes: variable 4, 100% de ausencia en los estructurados (n=84) frente a cerca del 61% de presencia en los no estructurados (n=491); variable 5, 100% de presencia en los estructurados (n=84) frente a sólo el 39% de presencia en el otro tipo (n=491); y variable 6, alrededor del 92% de presencia en los primeros (n=84) frente a la ausencia total en los no estructurados (n=491).

El análisis de estas tres variables nos hace ver, por tanto, que también existen diferencias cuando hablamos de las mismas sin distinguir ningún tipo de revista: la variable 4 está más presente en los resúmenes no estructurados, la variable 5 en los estructurados y la 6, por último, de nuevo en los estructurados.

Con estos datos podemos observar que también existen diferencias significativas en las tres revistas y cuando hablamos de la misma sin distinguirlas en relación a la variable 7 -relacionada con la presencia de esta sección en conjunto- en los resúmenes estructurados y no estructurados, estando más representada en los resúmenes estructurados que en los no estructurados.

IV.4.1.2. Diferencias entre revistas

Las diferencias encontradas relativas a los aspectos generales, esta vez relacionadas con las revistas analizadas, las podemos resumir en el cuadro que a continuación aparece. Posteriormente procederemos a la explicación de estas diferencias, en el caso en el que aparezcan.

Variable	Sin diferenciar estructura	Con estructura	Sin estructura
v01	No difieren (H(2)=5.32, p=0.07>0.05)	No difieren (H(2)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(2)=4.8, p=0.0909>0.05)
v02	Sí difieren (H(2)=41.6, p=9.12e-10<0.05)	No difieren (H(2)=5.23, p=0.0731>0.05)	Sí difieren (H(2)=77.1, p=1.81e-17<0.05)
v03	Sí difieren (H(2)=271, p=1.18e-59<0.05)	Sí difieren (H(2)=11.1, p=0.00387<0.05)	Sí difieren (H(2)=263, p=8.95e-58<0.05)
v04	Sí difieren (H(2)=93.5, p=5.04e-21<0.05)	No difieren (H(2)=NaN, p=NaN>0.05)	Sí difieren (H(2)=60.7, p=6.74e-14<0.05)
v05	Sí difieren (H(2)=93.5, p=5.04e-21<0.05)	No difieren (H(2)=NaN, p=NaN>0.05)	Sí difieren (H(2)=60.7, p=6.74e-14<0.05)
v06	Sí difieren (H(2)=32, p=1.11e-07<0.05)	No difieren (H(2)=2.21, p=0.332>0.05)	No difieren (H(2)=NaN, p=NaN>0.05)
v07	Sí difieren (H(2)=173, p=2.26e-38<0.05)	Sí difieren (H(2)=7.36, p=0.0252<0.05)	Sí difieren (H(2)=251, p=2.62e-55<0.05)

Tabla 48. Diferencias entre revistas relacionadas con los aspectos generales en los resúmenes de casos clínicos. Fuente: elaboración propia

Como vemos no existe ninguna diferencia significativa de la variable 1 –el resumen responde a la estructura del metamodelo de resumen para casos clínicos- ni cuando hablamos de resúmenes estructurados, de no estructurados, o no diferenciar la estructura de los mismos.

Esto no ocurre con el resto de las variables, algo que comentaremos a continuación.

La variable 2, esto es, si el resumen guarda relación con la estructura del caso clínico, difiere significativamente cuando no se distingue la estructura. En esta caso hay diferencias entre *Acta Cardiologica* y *Acta Clinica Belgica* puesto que la primera tiene un 36% de síes y un 63% de ausencia (n=321) y la segunda un 24% de síes y un 76% de ausencia (n=283) –p=0.00192<0.05-, habiendo más presencia en la primera y menos en la segunda; también hay diferencias entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* (36% de síes en la primera frente al 17% de síes en la segunda, n=575,

$p=3.37e-10<0.05$); y entre *Acta Clinica Belgica* y *Actas Urológicas Españolas* (17% frente a 24% de presencia en la segunda - $p=0.0179<0.05$).

Cuando hablamos de los dos tipos de resúmenes, entre los resúmenes estructurados no encontramos diferencias significativas entre las revistas; lo contrario ocurre con los resúmenes no estructurados. Los valores de presencia están en el 34% ($n=309$) en *Acta Cardiologica*, el 21% ($n=270$) en *Acta Clinica Belgica* y en 9% ($n=491$) en *Actas Urológicas Españolas*; por tanto, existen diferencias significativas entre la 1ª y la 2ª ($p=0.000435<0.05$), entre la 1ª y la 3ª ($p=2.83e-18<0.05$) y entre la 2ª y la 3ª ($p=7.5e-06<0.05$).

En todos los escenarios de estudio se aprecian diferencias significativas en relación a la variable 3, la localización del resumen entre el título y el texto principal. Cuando no distinguimos entre los dos tipos de resúmenes su presencia en los resúmenes es del 99% ($n=321$) en *Acta Cardiologica*, 36% ($n=283$) en *Acta Clinica Belgica* y cerca del 65% ($n=575$) en *Actas Urológicas Españolas*; por tanto observamos diferencias significativas entre la 1ª y la 2ª ($p=3.3e-62<0.05$), la 1ª y la 3ª ($p=2.09e-31<0.05$), y la 2ª y la 3ª ($p=4.68e-15<0.05$), estando la mayor diferencia entre *Acta Cardiologica* y *Acta Clinica Belgica*.

Cuando hablamos de su presencia en los resúmenes estructurados, las diferencias significativas las encontramos tan sólo entre *Acta Cardiologica* (100% síes, $n=12$) y *Acta Clinica Belgica* (46% síes, $n=13$) - $p=0.0112<0.05$ - y entre *Acta Clinica Belgica* (46% síes, $n=13$) y *Actas Urológicas Españolas* (cerca del 80% síes, $n=84$) - $p=0.019<0.05$, no existiendo diferencia significativa entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas*.

En los resúmenes no estructurados también encontramos diferencias significativas en la presencia de esta variable entre las revistas. Los datos en los que se apoyan dichas diferencias son: *Acta Cardiologica* 93% ($n=309$), *Acta Clinica Belgica* 35% ($n=270$) y *Actas Urológicas Españolas* 62% ($n=491$); por tanto, las diferencias estarían entre la 1ª y la 2ª ($p=2.37e-60<0.05$), la 1ª y la 3ª ($p=1.17e-32<0.05$), y la 2ª y la 3ª ($p=4.5e-12<0.05$), estando la mayor diferencia entre la 1ª y la 2ª.

En la variable 4 –composición del resumen en un único párrafo- sólo se observan diferencias significativas, en relación a la presencia de la misma, entre las revistas cuando no se diferencia la estructura del resumen y, por otra parte, en ellas cuando hablamos de resúmenes no estructurados.

Cuando no se distingue el tipo de resumen la diferencia la encontramos entre *Acta Cardiologica* (82%, n=321) y *Acta Clinica Belgica* (73%, n=283) con $p=0.0126<0.05$, entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* (52%, n=575) con un $p=1.33e-18<0.05$, y entre *Acta Clinica Belgica* y *Acta Urológicas Españolas* ($p=2.66e-09<0.05$).

Si analizamos esta variable en los resúmenes no estructurados encontramos los siguientes datos de presencia: *Acta Cardiologica* 85% (n=309), *Acta Clinica Belgica* 77% (n=270) y *Actas Urológicas Españolas* 61% (n=491); en relación a esto encontramos diferencias significativas entre la 1ª y la 2ª ($p=0.0129<0.05$), la 1ª y la 3ª ($p=6.28e-13<0.05$) y la 2ª y la 3ª ($p=9.89e-06<0.05$).

En relación a la variable 5 –la estructuración del resumen en varios párrafos– ocurre lo mismo que en la anterior variable, puesto que sólo aparecen diferencias cuando hablamos de las revistas sin distinguir ningún tipo de resumen y, por otra parte, cuando se estudian los resúmenes no estructurados.

La presencia de esta variable, en el primero de los casos, queda de la siguiente manera: *Actas Urológicas Españolas*, 48% (n=575), *Acta Clinica Belgica*, 26% (n=283) y *Acta Cardiologica* 18% (n=321); por tanto vemos que existen diferencias entre la 1ª y la 2ª ($p=2.66e-09<0.05$), la 1ª y la 3ª ($p=1.33e-18<0.05$) y entre la 2ª y la 3ª ($p=1.33e-18<0.05$).

Por su parte, las diferencias de presencia entre las revistas en relación a los resúmenes no estructurados quedarían de la siguiente manera: entre *Acta Cardiologica* (15%, n=309) y *Acta Clinica Belgica* (23%, n=270) $-p=0.0129<0.05$; entre *Acta Cardiologica* (15%, n=309) y *Actas Urológicas Españolas* (39%, n=491) $-p=6.28e-13<0.05$; y entre *Acta Clinica Belgica* y *Actas Urológicas Españolas* ($p=9.89e-06<0.05$).

En la variable 6 –aparición de la estructura de forma explícita– sólo se encuentran diferencias significativas entre las revistas cuando hablamos de los resúmenes sin distinguir entre los dos tipos de resumen estudiados. Los datos que aportan las revistas son los siguientes, siempre en relación a su presencia: *Actas Urológicas Españolas* 13% (n=575), *Acta Clinica Belgica* 5% (n=283) y *Acta Cardiologica* 4% (n=321), estando las diferencias entre la 1ª y la 2ª ($p=0.000155<0.05$), y la 1ª y la 3ª ($p=0.000011<0.05$).

Si resumimos la presencia de esta sección en la variable 7 (suma de todas las variables de la sección), observamos que hay diferencias significativas entre las revistas

cuando no se distingue la estructura, cuando se estudian los resúmenes estructurados y cuando se hace con los no estructurados relacionada con estos aspectos generales. Las diferencias cuando no se distingue la estructura entre las revistas las encontramos entre *Acta Cardiologica* y *Acta Clinica Belgica* ($p=8.38e-37<0.05$), entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* ($p=2.08e-22<0.05$) y entre *Acta Clinica Belgica* y *Actas Urológicas Españolas* ($p=3.96e-07<0.05$). Cuando hablamos de los resúmenes con estructura las diferencias entre revistas serían las siguientes: entre *Acta Cardiologica* y *Acta Clinica Belgica* ($p=0.0217<0.05$) y *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* ($p=0.0263<0.05$). Por último, las diferencias entre las revistas cuando se relacionan con los resúmenes no estructurados serían las siguientes: entre *Acta Cardiologica* y *Acta Clinica Belgica* ($p=5.21e-44<0.05$), *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* ($p=5.21e-44<0.05$), y entre *Acta Clinica Belgica* y *Actas Urológicas Españolas* ($p=0.000407<0.05$).

IV.4.2. Objetivos/Tema

En esta sección, al igual que en la anterior, analizaremos las diferencias significativas en relación a la presencia de la misma en los resúmenes de los casos clínicos analizados. Este análisis se corresponderá con el análisis de dichos resúmenes para posteriormente enunciar las diferencias en función de su estructura y con las diferencias existentes entre las revistas.

IV.4.2.1. Diferencias entre tipo de estructura

Las diferencias encontradas relativas a la mención de los objetivos o tema y relacionadas con el tipo de estructura del resumen analizado las podemos resumir en el cuadro que a continuación aparece. Posteriormente procederemos a la explicación de estas diferencias, en el caso en el que aparezcan.

Variable	Sin diferenciar revista	<i>Acta Cardiologica</i>	<i>Acta Clinica Belgica</i>	<i>Actas Urológicas Españolas</i>
v08	No difieren (U=54177, $p=0.136>0.05$)	No difieren (U=1950, $p=0.719>0.05$)	No difieren (U=1987, $p=0.333>0.05$)	Sí difieren (U=17376, $p=0.00386<0.05$)

v09	No difieren (U=59336, p=0.436>0.05)	No difieren (U=1992, p=0.329>0.05)	No difieren (U=1878, p=0.325>0.05)	No difieren (U=20312, p=0.488>0.05)
v10	Sí difieren (U=93714, p=3.85e-119<0.05)	Sí difieren (U=3345, p=6.51e-31<0.05)	Sí difieren (U=2674, p=1.75e-21<0.05)	Sí difieren (U=32932, p=4.39e-65<0.05)
v11	Sí difieren (U=60390, p=0.00223<0.05)	Sí difieren (U=2151, p=9.97e-07<0.05)	No difieren (U=1710, p=0.562>0.05)	Sí difieren (U=21274, p=0.00396<0.05)
v12	No difieren (U=57964, p=0.684>0.05)	No difieren (U=1878, p=0.698>0.05)	No difieren (U=1814, p=0.508>0.05)	No difieren (U=20306, p=0.383>0.05)
v13	Sí difieren (U=84472, p=1.64e-19<0.05)	Sí difieren (U=3304, p=2.32e-07<0.05)	Sí difieren (U=2720, p=0.000129<0.05)	Sí difieren (U=27839, p=0.2.76e-10<0.05)

Tabla 49. Diferencias entre tipo de estructura relacionadas con el objetivo/tema en los resúmenes de casos clínicos. Fuente: elaboración propia

Como vemos existen variables en las que no aparece ningún tipo de diferencia significativa entre los resúmenes estructurados y no estructurados en cada una de las revistas. Ejemplos de esas variables son la número 9 –se distingue el objetivo principal del o de los secundarios cuando los hay- y la número 12 –aparición del problema de salud y su importancia. En el resto de variables, las diferencias las encontramos en varios de los escenarios de estudio.

En la variable 8, es decir, la inclusión de antecedentes sobre el tema desarrollado en el caso- sólo encontramos diferencias significativas en la revista *Actas Urológicas Españolas*; la presencia de esta variable es del 56% (n=84) en los resúmenes estructurados frente al 72% (n=491) en los resúmenes no estructurados.

En lo que respecta a la variable 10 –el objetivo aparece de forma explícita, encontramos diferencias en todas las revistas y cuando observamos los resúmenes no diferenciando entre las revistas. En *Acta Cardiológica* encontramos la presencia de ella en el 83% de los resúmenes estructurados (n=12) frente a sólo en el 3% de los no estructurados (n=309). En *Acta Clínica Bélgica* está presente en el 54% de los resúmenes estructurados (n=13) frente sólo al 1% (n=270) de los no estructurados; y en *Actas Urológicas Españolas* su presencia se muestra en el 61% de los resúmenes estructurados (n=84), frente al 1% (n=491) de los no estructurados. Con todos estos datos podemos observar que, independientemente de la revista, esta variable está presente de manera predominante en los resúmenes estructurados.

La presencia de la variable 11, la reproducción de los objetivos secundarios, difiere significativamente según se trate de dos de las tres revistas y cuando no hace distinción por revista. En *Acta Cardiológica* la presencia de esta variable es del 17% (n=12) en los estructurados y de cerca del 1% (n=309) en los no estructurados, con lo que la diferencia es más que notable. Por su parte, en *Actas Urológicas Españolas* la presencia es del 4% (n=84) en los resúmenes estructurados frente al 0,4% (n=491) de los no estructurados. Con estos datos, y sin distinguir entre revistas, el porcentaje de aparición de esta variable en resúmenes estructurados es superior a la que ocurre en los no estructurados.

La variable que menciona y resume la presencia de esta sección de objetivos y tema en los resúmenes estructurados y en los no estructurados -la número 13- manifiesta que la presencia en los resúmenes estructurados es mayor que en los no estructurados, tanto en cada una de las revistas como sin diferenciar a las mismas.

IV.4.2.2. Diferencias entre revistas

Las diferencias encontradas relacionadas con las revistas estudiadas, y que tienen que ver con la aparición de los objetivos o el tema, las podemos resumir en el cuadro que a continuación aparece. Posteriormente procederemos a la explicación de estas diferencias, en el caso en el que aparezcan.

Variable	Sin diferenciar estructura	Con estructura	Sin estructura
v08	No difieren (H(2)=5.97, p=0.0505>0.05)	No difieren (H(2)=2.31, p=0.315>0.05)	Sí difieren (H(2)=10.4, p=0.0056<0.05)
v09	Sí difieren (H(2)=7.2, p=0.0274<0.05)	No difieren (H(2)=1.22, p=0.542>0.05)	Sí difieren (H(2)=8.31, p=0.0157<0.05)
v10	Sí difieren (H(2)=10.8, p=0.00445<0.05)	No difieren (H(2)=2.72, p=0.256>0.05)	No difieren (H(2)=4.2, p=0.123>0.05)

v11	No difieren (H(2)=3.68, p=0.159>0.05)	No difieren (H(2)=4.78, p=0.0917>0.05)	Sí difieren (H(2)=8.79, p=0.0124<0.05)
v12	No difieren (H(2)=2.62, p=0.269>0.05)	No difieren (H(2)=0.91, p=0.635>0.05)	No difieren (H(2)=2.9, p=0.235>0.05)
v13	Sí difieren (H(2)=16.2, p=0.000303<0.05)	Sí difieren (H(2)=12.1, p=0.00236<0.05)	Sí difieren (H(2)=10.6, p=0.00499<0.05)

Tabla 50. Diferencias entre revistas relacionadas con el objetivo/tema en los resúmenes de casos clínicos. Fuente: elaboración propia

En todas las variables, excepto la número 12 –mención del problema de salud y su importancia- hemos encontrado diferencias entre las revistas en relación a los tipos de resúmenes.

En la variable 8, la inclusión de los antecedentes sobre el tema, sólo se han encontrado diferencias significativas entre los resúmenes sin estructura, estableciéndose esas diferencias entre *Acta Cardiológica*, con un 61% de presencia (n=309) y *Actas Urológicas Españolas*, con un 72% (n=491) -p=0.00801<0.05- y entre *Acta Clinica Belgica* (64% de presencia, n=270) y *Actas Urológicas Españolas* (72%, n=491) -p=0.0459<0.05.

Por su parte, en la variable 9 –distinción del objetivo principal de los secundarios- las diferencias, cuando no se menciona el tipo de estructura, están entre *Acta Cardiológica*, con un 93% de presencia (n=321) y *Acta Urológicas Españolas*, con un 97% (n=575) -p=0.0401<0.05-; y entre *Acta Cardiológica* (93% de síes, n=309) y *Actas Urológicas Españolas* (97% de síes, n=491) -p=0.0225<0.05- y entre *Acta Clinica Belgica* (93% de síes, n=270) y *Actas Urológicas Españolas* (97% síes, n=491) -p=0.0347<0.05, cuando se analizan los resúmenes no estructurados.

Las diferencias en la variable 10 –aparición del objetivo de forma explícita- las encontramos en relación a los resúmenes presentes en las revistas cuando no diferenciamos el tipo de estructura. Los datos muestran que existen diferencias entre *Acta Cardiológica* (6% de síes, n=321) y *Actas Urológicas Españolas* (10%, n=575) -p=0.00801<0.05- y entre *Acta Clinica Belgica* (4%, n=283) y *Acta Urológicas Españolas* (10%, n=575) -p=0.0459<0.05.

La variable 11 –reproducción de los objetivos secundarios- sólo encuentra diferencias cuando hablamos de los resúmenes sin estructura. La presencia de esta variable es del 1% en *Acta Cardiológica* (n=309), del 3% en *Acta Clinica Belgica*

(n=270) y de cerca del 1% (concretamente 0,4%) en *Actas Urológicas Españolas* (n=491), existiendo una diferencia significativa entre la 2ª y la 3ª (p=0.0231<0.05).

Las diferencias en la variable 13, que engloba a todas las demás de esta sección o *move*, las podemos encontrar en los tres escenarios que se proponen. Cuando no se diferencia la estructura del resumen las diferencias las encontramos entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* (p=0.00223<0.05) y entre *Acta Clinica Belgica* y *Actas Urológicas Españolas* (p=0.00223<0.05). Cuando se tratan de resúmenes estructurados es entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* (p=0.00189<0.05); y, por último, cuando hablamos de los resúmenes sin estructura las diferencias están entre *Acta Cardiológica* y *Actas Urológicas Españolas* (p=0.0141<0.05) y entre *Acta Clínica Belgica* y *Actas Urológicas Españolas* (p=0.0178<0.05).

IV.4.3. Metodología/Pacientes

En esta parte, dentro de la sección de metodología, se procederá al mismo análisis que hemos elaborado para las anteriores dos secciones. El estudio se centrará en las diferencias entre los tipos de estructura de los resúmenes que acompañan a los casos clínicos y, en segundo lugar, en las diferencias entre revistas.

IV.4.3.1. Diferencias entre tipo de estructura

Las diferencias encontradas relativas a la mención de información sobre los pacientes dentro de la metodología, y relacionadas con el tipo de estructura del resumen analizado, las podemos resumir en el cuadro que a continuación aparece. Posteriormente procederemos a la explicación de estas diferencias, en el caso en el que aparezcan.

Variable	Sin diferenciar revista	<i>Acta Cardiologica</i>	<i>Acta Clinica Belgica</i>	<i>Actas Urológicas Españolas</i>
v14	Sí difieren (U=70257, p=0.0000177<0.05)	No difieren (U=2043, p=0.434>0.05)	No difieren (U=1986, p=0.304>0.05)	Sí difieren (U=26922, p=0.156e-07<0.05)

v15	No difieren (U=53933, p=0.0992>0.05)	No difieren (U=1839, p=0.958>0.05)	No difieren (U=1730, p=0.915>0.05)	No difieren (U=21035, p=0.635>0.05)
v16	Sí difieren (U=67325, p=0.00198<0.05)	No difieren (U=1486, p=0.184>0.05)	No difieren (U=1496, p=0.297>0.05)	Sí difieren (U=25840, p=0.0000177<0.05)
v17	Sí difieren (U=66960, p=0.00295<0.05)	No difieren (U=1548, p=0.263>0.05)	No difieren (U=1348, p=0.101>0.05)	Sí difieren (U=26942, p=1.1e-07<0.05)
v18	Sí difieren (U=68341, p=2.94e-16<0.05)	Sí difieren (U=2566, p=6.63e-10<0.05)	Sí difieren (U=2750, p=2.68e-14<0.05)	Sí difieren (U=22454, p=000016<0.05)
v19	Sí difieren (U=70651, p=0.000173<0.05)	No difieren (U=1894, p=0.896>0.05)	No difieren (U=1938, p=0.516>0.05)	Sí difieren (U=28089, p=2.38e-08<0.05)

Tabla 51. Diferencias entre tipo de estructura en la información relacionada con los pacientes (metodología) en los resúmenes de casos clínicos. Fuente: elaboración propia

En esta primera parte dentro de la sección de metodología en la mayoría de las variables existen diferencias entre resúmenes de distintos tipos de estructura presentes en las tres publicaciones de estudio. La única variable en la que no existen diferencias entre los dos tipos de estructuras en ninguna de las revistas analizadas es la variable 15, la relacionada con la aparición de las características, el contexto y los aspectos primarios del paciente.

En la variable 14 –indicación del número de pacientes- sólo encontramos diferencias cuando no se distinguen las revistas y cuando hablamos de *Actas Urológicas Españolas*. La diferencia entre los estructurados y no estructurados en esta revista es clara: la presencia en los primeros es del 83% (n=84) mientras que en los segundos es del 54% (n=491). Esto hace que en el cómputo de las tres revistas, aunque en las otras dos no existen diferencias significativas, existan dichas diferencias, estando más presente en los estructurados que en los no estructurados.

Este mismo fenómeno lo encontramos en los resultados encontrados en la variable 16, información del sexo del paciente, y en la 17, información sobre la edad del mismo. En *Actas Urológicas Españolas* la presencia de la variable 16 en los resúmenes estructurados supone el 75% de los mismos (n=84) frente a cerca del 50% en los no estructurados (n=50). Al igual que en la anterior, la diferencia también se produce en los resúmenes en su conjunto sin distinguir la revista, aunque esta vez estando más presente en los no estructurados que en los estructurados. Por su parte, la presencia de la variable

17 en *Actas Urológicas Españolas*, que es donde encontramos una diferencia significativa, es del 65% en los estructurados (n=84) y de 35% (n=491) en lo no estructurados.

La variable 18, que menciona la presencia o no de las características demográficas comunes, es la única variable dentro de la parte relacionada con la información de los pacientes en la que existen diferencias en todos los escenarios propuestos. En *Acta Cardiologica* la presencia de la misma en los resúmenes estructurados supone el 42% (n=12), mientras que en los no estructurados es tan sólo del 3% (n=309). En *Acta Clinica Belgica*, por su parte, en los estructurados está representada en el 62% de los resúmenes (n=13) mientras que en los no estructurados sólo lo hacen en el 5% de los mismos (n=270). Por último, en la tercera de las publicaciones, *Actas Urológicas Españolas*, en el 11% de los estructurados (n=84) está presente y sólo en el 2% de los no estructurados (n=491) la podemos encontrar. Es por ello que sin distinguir entre revistas hay una clara diferencia entre los resúmenes estructurados y los no estructurados, estando más presente, en un muy alto porcentaje, en los estructurados, lo que nos lleva a pensar que es en ese tipo de resúmenes donde aparecen casos en los que los protagonistas son más de dos pacientes puesto que esta variable habla de las características demográficas comunes a varios pacientes.

Con todos estos datos, podemos ver que existen diferencias en el suministro de información sobre los pacientes entre resúmenes estructurados y no estructurados, a nivel de conjunto, tanto cuando no se distingue la revista, como en una de las publicaciones concretas, *Actas Urológicas Españolas*. En ambos casos la mayor presencia de esta información la encontramos en los resúmenes estructurados.

IV.4.3.2. Diferencias entre revistas

Las diferencias encontradas relacionadas con las revistas analizadas, y que tienen que ver con la mención de información sobre los pacientes (dentro de la sección de metodología), las podemos resumir en el cuadro que a continuación aparece. Posteriormente procederemos a la explicación de estas diferencias, en el caso en el que aparezcan.

Variable	Sin diferenciar estructura	Con estructura	Sin estructura
v14	Sí difieren (H(2)=27.3, p=1.17e-06<0.05)	No difieren (H(2)=0.0117, p=0.994>0.05)	Sí difieren (H(2)=39.1 p=3.2e-09<0.05)
v15	Sí difieren (H(2)=131, p=4.16e-29<0.05)	Sí difieren (H(2)=7.38, p=0.0249<0.05)	Sí difieren (H(2)=120, p=07.92e-27<0.05)
v16	No difieren (H(2)=5.74, p=0.0568>0.05)	Sí difieren (H(2)=15.6, p=0.000418<0.05)	No difieren (H(2)=3.13, p=0.21>0.05)
v17	Sí difieren (H(2)=8.73, p=0.0127<0.05)	Sí difieren (H(2)=11.2, p=0.0037<0.05)	Sí difieren (H(2)=20.2, p=0.0000414<0.05)
v18	Sí difieren (H(2)=7.99, p=0.0184<0.05)	Sí difieren (H(2)=21.7, p=0.0000193<0.05)	No difieren (H(2)=5.42, p=0.0664>0.05)
v19	Sí difieren (H(2)=38, p=5.64e-09<0.05)	No difieren (H(2)=0.729, p=0.695>0.05)	Sí difieren (H(2)=5.16, p=6.09e-12<0.05)

Tabla 52. Diferencias entre revistas en la información relacionada con los pacientes (metodología) en los resúmenes de casos clínicos. Fuente: elaboración propia

Cuando hacemos diferencias entre las revistas, encontramos que en todas las variables, en un grado u otro, existen diferencias entre los tipos de resúmenes.

En la variable 14 –indicación del número de pacientes-, cuando no diferenciamos el tipo de estructura, observamos que las revistas sí difieren significativamente; en concreto vemos la diferencia de presencia de esta variable entre *Acta Cardiológica* (74%, n=321) y *Actas Urológicas Españolas* (58%, n=575) con una diferencia de $p=2e-05<0.05$ y entre *Acta Clinica Belgica* (72%, n=283) y *Actas Urológicas Españolas* (58%, n=575) - $p=2e-05<0.05$.

En esta variable también encontramos diferencias cuando hablamos de los resúmenes no estructurados –en los estructurados no hallamos diferencias significativas entre revistas. Las diferencias las encontramos entre las mismas revistas que hemos señalado cuando no hacíamos diferenciación de la estructura, aunque con distintos valores: *Acta Cardiológica* (73%, n=309), *Acta Clinica Belgica* (71%, n=270) y *Actas Urológicas Españolas* (54%, n=491) con lo cual las diferencias las encontramos entre la 1ª y la 3ª ($p=1.81e-07<0.05$) y entre la 2ª y la 3ª ($p=4.77e-06<0.05$).

En la variable 15, que trata de la descripción de las características, el contexto y los aspectos primarios del paciente, encontramos diferencias en los tres escenarios que proponemos: sin diferenciar estructura, con resúmenes estructurados, y en resúmenes no estructurados.

Si no distinguimos la estructura la diferencia de presencia la encontramos entre *Acta Cardiologica* (51%, n=321) y *Acta Clinica Belgica* (72%, n=283) - $p=3.79e-06<0.05$; entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* (15%, n=575) - $p=5.55e-30<0.05$; y entre *Acta Clinica Belgica* y *Actas Urológicas Españolas* ($p=9.84e-09<0.05$). Si diferenciamos la estructura y hablamos de los resúmenes estructurados la diferencia de presencia está sólo entre *Acta Cardiologica* (50%, n=12) y *Actas Urológicas Españolas* (17%, n=84) con un $p=0.025<0.05$. Y si analizamos los resúmenes sin estructura las volvemos a encontrar entre las tres revistas: 1ª *Acta Cardiologica* (51%, n=309), 2ª *Acta Clinica Belgica* (32%, n=270), 3ª *Actas Urológicas Españolas* (15%, n=491); por lo tanto las diferencias las encontramos entre la 1ª y la 2ª ($p=6.35e-06<0.05$), la 1ª y la 3ª ($p=1.08e-27<0.05$) y la 2ª y la 3ª ($p=2.45e-08<0.05$).

Como hemos visto en la tabla resumen de estas diferencias, en la variable 16, el sexo del paciente, sólo hay diferencias cuando se trata de resúmenes estructurados; la diferencia de presencia de dicha variable en dichos resúmenes se produce entre *Acta Cardiologica* (33%, n=12) y *Actas Urológicas Españolas* (75%, n=84) - $p=0.00704<0.05$, y entre *Acta Clinica Belgica* (30%, n=13) y *Actas Urológicas Españolas* con un $p=0.0043<0.05$.

Cuando diferenciamos por el tipo de estructura de resumen en la variable 17 – edad del paciente- encontramos diferencias en ambos tipos, por lo que, por tanto, también encontraremos diferencias si no hacemos diferencia entre ellos. En los resúmenes con estructura encontramos diferencias sólo entre *Acta Clinica Belgica* (23%, n=13) y *Actas Urológicas Españolas* (65%, n=84) con un $p=0.0119<0.05$; en los no estructurados la diferencia está entre *Acta Cardiologica* (50%, n=309) y *Actas Urológicas Españolas* (35%, n=491) - $p=0.0000779<0.05$, y entre *Acta Clinica Belgica* (46%, n=270) y *Actas Urológicas Españolas* - $p=0.00383<0.05$. Por último, si no diferenciamos entre resúmenes la diferencia sólo la encontramos entre *Acta Cardiologica* (49%, n=321) y *Actas Urológicas Españolas* (39%, n=575) - $p=0.0121<0.05$.

Las diferencias de la presencia de la variable 18 –características demográficas comunes- las encontramos cuando no diferenciamos el tipo de estructura y cuando se

trata de resúmenes estructurados. En el primero de los casos la diferencia está sólo entre *Acta Clinica Belgica* (7%, n=283) y *Actas Urológicas Españolas* (3%, n=575) – $p=0.0138<0.05$; en cambio, en el segundo de los casos, la diferencia de presencia la encontramos entre *Acta Cardiologica* (42%, n=12) y *Actas Urológicas Españolas* (10%, n=84) - $p=0.00967<0.05$, y entre *Acta Clinica Belgica* (62%, n=13) y *Actas Urológicas Españolas* ($p=0.0000253<0.05$).

Como sucede en anteriores secciones, la última variable dentro de esta parte dedicada a los pacientes es la que engloba a todas las variables de la misma (variable 19). A nivel de conjunto, las diferencias las encontramos cuando no diferenciamos estructura y cuando se tratan de los resúmenes no estructurados. En el primero de los casos las diferencias las encontramos entre *Acta Cardiologica* y *Acta Clinica Belgica* ($p=0.0179<0.05$), entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* ($p=4.94e-09<0.05$) y entre *Acta Clinica Belgica* y *Actas Urológicas Españolas* ($p=0.00222<0.05$). En relación a los resúmenes sin estructura las diferencias están entre *Acta Cardiologica* y *Acta Clinica Belgica* ($p=0.0176<0.05$), entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* ($p=1.2e-11<0.05$) y entre *Acta Clinica Belgica* y *Actas Urológicas Españolas* ($p=0.0000354<0.05$).

IV.4.4. Metodología/Intervención

De la información sobre la presencia de la intervención efectuada a los pacientes, dentro de la sección de metodología, se procederá a un análisis y estudio en función de las diferencias entre tipo de estructura de resumen y, por otro lado, en función de las diferencias existentes entre las revistas.

IV.4.4.1. Diferencias entre tipo de estructura

En relación a la descripción de la intervención efectuada en el paciente, como otra parte de la sección de metodología, encontramos una serie de diferencias relacionadas con el tipo de estructura del resumen analizado, y que las podemos resumir en el cuadro que a continuación aparece. Posteriormente procederemos a la explicación de estas diferencias, en el caso en el que aparezcan.

Variable	Sin diferenciar revista	Acta Cardiologica	Acta Clinica Belgica	Actas Urológicas Españolas
v20	No difieren (U=58260, p=NaN>0.05)	No difieren (U=1848, p=NaN>0.05)	No difieren (U=1755, p=NaN>0.05)	No difieren (U=20622, p=NaN>0.05)
v21	Sí difieren (U=62486, p=8.96e-15<0.05)	Sí difieren (U=2775, p=8.71e-31<0.05)	Sí difieren (U=2025, p=1.16e-10<0.05)	No difieren (U=20580, p=0.683>0.05)
v22	Sí difieren (U=65983, p=4.03e-10<0.05)	Sí difieren (U=2115, p=0.00606<0.05)	No difieren (U=1838, p=0.346>0.05)	Sí difieren (U=23464, p=1.07e-06<0.05)
v23	Sí difieren (U=71760, p=4.55e-06<0.05)	Sí difieren (U=2622, p=0.00412<0.05)	No difieren (U=1784, p=0.911>0.05)	Sí difieren (U=26832, p=2.94e-07<0.05)
v24	Sí difieren (U=64512, p=0.0000297<0.05)	Sí difieren (U=2238, p=0.0393<0.05)	No difieren (U=1792, p=0.748>0.05)	Sí difieren (U=23436, p=1.77e-09<0.05)
v25	No difieren (U=58152, p=0.581>0.05)	No difieren (U=1836, p=0.739>0.05)	No difieren (U=1755, p=NaN>0.05)	No difieren (U=20622, p=NaN>0.05)
v26	No difieren (U=60099, p=0.216>0.05)	No difieren (U=1938, p=0.454>0.05)	No difieren (U=1898, p=0.286>0.05)	No difieren (U=21152, p=0.393>0.05)
v27	Sí difieren (U=66720, p=3.8e-06<0.05)	No difieren (U=1894, p=0.762>0.05)	No difieren (U=1690, p=0.484>0.05)	Sí difieren (U=23736, p=0.000647<0.05)
v28	No difieren (U=58977, p=0.77>0.05)	Sí difieren (U=2692, p=0.000957<0.05)	No difieren (U=2168, p=0.0516>0.05)	No difieren (U=20373, p=0.71>0.05)
v29	No difieren (U=57686, p=0.661>0.05)	No difieren (U=1482, p=0.0502>0.05)	Sí difieren (U=1434, p=0.00551<0.05)	No difieren (U=20922, p=0.424>0.05)
v30	Sí difieren (U=79739, p=2.06e-11<0.05)	Sí difieren (U=3208, p=7.14e-06<0.05)	No difieren (U=2114, p=0.186>0.05)	Sí difieren (U=28806, p=5.07e-10<0.05)

Tabla 53. Diferencias entre tipo de estructura en la información relacionada con la intervención (metodología) en los resúmenes de casos clínicos. Fuente: elaboración propia

En esta parte relacionada con la intervención dentro de la sección de metodología encontramos tres variables, la número 20 –especificación del tipo de trabajo-, la 25 –indicación del nivel de cuidado- y la 26 –mención del diagnóstico-, en

las que no existe ninguna diferencia entre los dos tipos de resúmenes que aparecen en las revistas. En el resto de variables encontramos diferencias en unos u otros escenarios, aunque no la totalidad dentro de dicha variable.

En la variable 21 –explicación del diseño del estudio- encontramos diferencias cuando no distinguimos entre revistas y cuando hablamos de *Acta Cardiologica* y *Acta Clinica Belgica* por separado. En la primera de las revistas, la aparición de esta variable en los resúmenes estructurados es del 50% (n=12) mientras que en los no estructurados es de cerca sólo del 1% (n=309). En *Acta Clinica Belgica* en los estructurados aparece en un 15% (n=13) y en los no estructurados la presencia es nula. Los datos de estas dos revistas indican que la presencia de esta variable es mayor en los resúmenes estructurados que en los no estructurados, aunque si bien es cierto que la ausencia de esta variable predomina sobre su presencia.

Cuando no distinguimos entre revistas y cuando hablamos de *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* hallamos diferencias entre los tipos de resúmenes. En la primera de las publicaciones mencionadas la presencia de esta variable en los resúmenes estructurados supone el 17% de los mismos (n=12) mientras que en los no estructurados no llega al 3% (n=309); por otra parte, en el caso de la segunda publicación el 18% de los resúmenes estructurados la incluyen (n=84) mientras que el 4% de los no estructurados (n=491) hacen lo mismo. Como en la anterior variable, es clara la diferencia de aparición de ésta en los resúmenes estructurados, aunque la ausencia de la misma es mayor que la presencia de ella en los resúmenes, sean del tipo que sean.

En *Acta Cardiologica* encontramos diferencias entre ambos tipos de resúmenes en relación a la variable 23 (descripción de la intervención): en los resúmenes estructurados aparece en el 100% de los casos (n=12) mientras que sólo el 59% de los no estructurados la incluyen. Lo mismo sucede cuando hablamos de *Actas Urológicas Españolas*: el 70% de los resúmenes la incluyen (n=84) y sólo el 40% de los no estructurados lo hacen (n=491). Estos datos nos dejan ver que hay una diferencia también de conjunto entre la aparición de esta variable en los resúmenes, estando recogida mayormente en los resúmenes estructurados.

La variable 24 –descripción de los métodos usados para el cuidado del paciente- encuentra diferencias entre los resúmenes de ambos tipos en *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas*. En los resúmenes estructurados de la primera de ellas aparece en un 33% (n=12) mientras que en los no estructurados sólo lo hace en un 13% (n=309). En la segunda publicación encontramos la misma diferencia aunque con otros

resultados: resúmenes estructurados un 15% de presencia (n=84) frente a cerca del 2% de los no estructurados (n=491). A nivel general, sin hacer distinción entre las revistas, el predominio en los resúmenes estructurados es claro, aunque la ausencia de la misma es mayor que la presencia en ambos tipos de resúmenes.

Las diferencias de la variable 27 –criterios de valoración de las pruebas diagnósticas- las encontramos entre los resúmenes estructurados y no estructurados de *Actas Urológicas Españolas*. La presencia de esta variable en los primeros supone el 30% (n=84) mientras que en los no estructurados es del 17% (n=491). Esto supone, además, que si tenemos en cuenta el conjunto de las tres revistas, haya diferencias entre los resúmenes estructurados y no estructurados.

Si hablamos de la variable 28, el uso de descriptores técnicos, tenemos que mencionar sólo las diferencias que encontramos entre los resúmenes estructurados y no estructurados de *Acta Cardiologica*. La presencia en los primeros representa el 75% de los mismos (n=309), mientras que en los segundos sólo se queda cerca del 30% de ellos (n=309).

En el caso de la variable 29, la mención de nombres comunes o sinónimos, las diferencias las encontramos también en una sola revista, pero en esta caso la publicación es *Acta Clinica Belgica*: el 77% de los resúmenes estructurados (n=13) recoge esta variable frente al 95% de los no estructurados (n=270).

A nivel global, variable 30, vemos que existen diferencias, relacionadas con la información que se ofrece sobre la intervención efectuada, entre resúmenes estructurados y resúmenes no estructurados en dos de las revistas, *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* y cuando no diferenciamos entre ellas.

IV.4.4.2. Diferencias entre revistas

Las diferencias encontradas entre las revistas, relativas con la mención de la intervención dentro de la metodología, las podemos resumir en el cuadro que a continuación aparece. Posteriormente procederemos a la explicación de estas diferencias, en el caso en el que aparezcan.

Variable	Sin diferenciar estructura	Con estructura	Sin estructura
v20	No difieren (H(2)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(2)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(2)=NaN, p=NaN>0.05)
v21	Sí difieren (H(2)=9.94, p=0.00693<0.05)	Sí difieren (H(2)=39.6, p=2.47e-09<0.05)	No difieren (H(2)=0.822, p=0.663>0.05)
v22	No difieren (H(2)=5.83, p=0.0543>0.05)	No difieren (H(2)=0.836, p=0.658>0.05)	No difieren (H(2)=1.46, p=0.481>0.05)
v23	Sí difieren (H(2)=20.5, p=0.0000361<0.05)	Sí difieren (H(2)=6.78, p=0.0337<0.05)	Sí difieren (H(2)=27.8, p=9.06e-07<0.05)
v24	Sí difieren (H(2)=30.3, p=2.61e-07<0.05)	No difieren (H(2)=3.23, p=0.199>0.05)	Sí difieren (H(2)=39.9, p=2.2e-09<0.05)
v25	Sí difieren (H(2)=8.03, p=0.018<0.05)	No difieren (H(2)=NaN, p=NaN>0.05)	Sí difieren aunque no significativamente (H(2)=7.4, p=0.0247<0.05) Las diferencias son tan pequeñas que al hacer el análisis no han salido
v26	No difieren (H(2)=3.39, p=0.184>0.05)	No difieren (H(2)=1.22, p=0.542>0.05)	No difieren (H(2)=3.53, p=0.171>0.05)
v27	Sí difieren (H(2)=44.5, p=2.15e-10<0.05)	Sí difieren aunque no significativamente (H(2)=7.21, p=0.0272<0.05) Las diferencias son tan pequeñas que al hacer el análisis no han salido	Sí difieren (H(2)=30, p=3.13e-07<0.05)
v28	Sí difieren (H(2)=82.3, p=1.37e-18<0.05)	Sí difieren (H(2)=37.6, p=6.86e-09<0.05)	Sí difieren (H(2)=63.4, p=1.69e-14<0.05)
v29	Sí difieren (H(2)=46.7, p=7.31e-11<0.05)	Sí difieren (H(2)=21.1, p=0.0000258<0.05)	Sí difieren (H(2)=37.7, p=6.51e-09<0.05)
v30	Sí difieren (H(2)=14.5, p=0.000698<0.05)	Sí difieren (H(2)=12.4, p=0.002<0.05)	Sí difieren (H(2)=20.3, p=0.0000385<0.05)

Tabla 54. Diferencias entre revistas en la información relacionada con los pacientes (metodología) en los resúmenes de casos clínicos. Fuente: elaboración propia

Como podemos extraer de la tabla, hay variables que no ofrecen ninguna diferencia en ninguno de los escenarios propuestos en relación a las revistas estudiadas; ejemplo de ello es la variable 20 –tipo de trabajo efectuado-, la número 22 –duración del estudio- y la número 26 –mención del diagnóstico. En el resto, a continuación, mencionaremos las diferencias encontradas.

En relación a la variable 21 –explicación del diseño del estudio- encontramos diferencias cuando no especificamos la estructura y cuando lo hacemos y hablamos de los resúmenes estructurados. Sin diferenciar la estructura del resumen las diferencias de presencia las encontramos entre *Acta Cardiologica* (2%, n=321) y *Actas Urológicas*

Españolas (0,1%, n=575) - $p=0.00665<0.05$. Por su parte, cuando hablamos de los resúmenes estructurados encontramos las diferencias entre *Acta Cardiologica* (50%, n=12) y *Actas Urológicas Españolas* (0%, n=84) - $p=9.09e-11<0.05$, y entre *Acta Clinica Belgica* 15%, n=13) y *Actas Urológicas Españolas*, con un $p=0.000656<0.05$.

La variable 23 –la especificación de la descripción de la intervención- muestra diferencias en los tres escenarios propuestos para el análisis entre las revistas. Si no hacemos distinción por la estructura del resumen las diferencias en la presencia de la misma las encontramos entre *Acta Cardiologica* (60%, n=321) y *Actas Urológicas Españolas* (44%, n=575) - $p=0.0000228<0.05$. Si mencionamos los resúmenes estructurados la diferencia está entre *Acta Cardiologica* (100%, n=12) y *Acta Clinica Belgica* (54%, n=13) - $p=0.0273<0.05$. Y si, por el contrario, analizamos los resúmenes no estructurados los datos que encontramos son los siguientes: 1ª *Acta Cardiologica* (59% síes, n=309), 2ª *Acta Clinica Belgica* (52%, n=270) y 3ª *Actas Urológicas Españolas* (40%, n=491), estando las diferencias entre la 1ª y la 3ª ($p=1.09e-06<0.05$) y entre la 2ª y la 3ª ($p=0.00264<0.05$).

La variable 24 –la descripción de los métodos usados en el cuidado del paciente- muestra diferencias en relación a las revistas cuando no diferenciamos la estructura del resumen y cuando sí la diferenciamos pero sólo en el caso de los resúmenes sin estructura. En el primero de los escenarios las diferencias están entre *Acta Cardiologica* (13%, n=204) y *Acta Clinica Belgica* (6%, n=283) - $p=0.0028<0.05$, y entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* (4%, n=575) - $p=3.63e-07<0.05$. Por su parte, los datos que ofrecen las revistas en relación a los resúmenes no estructurados son los siguientes: 1ª *Acta Cardiologica* (13% síes, n=309), 2ª *Acta Clinica Belgica* (6% síes, n=270), 3ª *Actas Urológicas Españolas* (2% síes, n=491), por lo tanto las diferencias las encontramos entre la 1ª y la 2ª ($p=0.00714<0.05$), la 1ª y la 3ª ($p=1.22e-09<0.05$) y la 2ª y la 3ª ($p=0.00714<0.05$).

En la presencia de la variable 25 –nivel de cuidado del paciente- encontramos diferencias entre las revistas cuando no se diferencia el tipo de resumen; en este caso las diferencias están entre *Acta Cardiologica* (1%, n=321) y *Actas Urológicas Españolas* (0%, n=575) - $p=0.0407<0.05$. En relación a los resúmenes sin estructura se han encontrado diferencias aunque son tan pequeñas y tan poco significativas que por eso no se mencionan las revistas entre las cuales existen.

En relación a la variable 27, que está relacionada con la explicación de los criterios de valoración de las pruebas diagnósticas, encontramos diferencias si no

distinguiamos la estructura del resumen, si sólo analizamos los estructurados y si sólo estudiamos los no estructurados. En el primer caso, los datos de presencia en *Acta Cardiologica* (6%, n=321), en *Acta Clinica Belgica* (3%, n=283) y *Actas Urológicas Españolas* (17%, n=575) nos dicen que existen diferencias entre la 1ª y la 3ª ($p=0.0000118<0.05$) y entre la 2ª y la 3ª ($p=8.31e-08<0.05$). En el segundo caso, el de los resúmenes estructurados, ocurre como en la anterior variable, esto es, que aunque se han encontrado diferencias no son lo suficientemente significativas como para mencionarlas. Por último las diferencias de presencia encontradas en los resúmenes no estructurados son entre *Acta Cardiologica* (6%, n=309) y *Actas Urológicas Españolas* (17%, n=491) - $p=0.000447<0.05$, y entre *Acta Clinica Belgica* (4%, n=270) y *Actas Urológicas Españolas* - $p=9.39e-06<0.05$.

El ranking de la presencia de la variable 28, uso de descriptores técnicos en los resúmenes, sin distinguir entre su tipo, podría quedar de la siguiente manera: 1ª *Acta Cardiologica* (31%, n=321), 2ª *Acta Clinica Belgica* (24%, n=283) y 3ª *Actas Urológicas Españolas* (8%, n=575); en función del mismo las diferencias estarían entre la 1ª y la 2ª ($p=0.0332<0.05$), la 1ª y la 3ª ($p=6.98e-19<0.05$) y la 2ª y la 3ª ($p=6.55e-10<0.05$). En el caso de separar el tipo de resumen, el de los estructurados quedaría de la siguiente manera: 1ª *Acta Cardiologica* (75%, n=12), 2ª *Acta Clinica Belgica* (46%, n=13) y 3ª *Actas Urológicas Españolas* (7%, n=84); en función del mismo las diferencias estarían entre la 1ª y la 3ª ($p=5.38e-09<0.05$) y la 2ª y la 3ª ($p=0.000159<0.05$). Por último, los resúmenes no estructurados ofrecen el siguiente panorama: 1º *Acta Cardiologica* (30%, n=309), 2ª *Acta Clinica Belgica* (23%, n=270) y 3ª *Actas Urológicas Españolas* (8%, n=491), estableciéndose diferencias entre la 1ª y la 3ª ($p=7.18e-15<0.05$) y entre la 2ª y la 3ª ($p=7.03e-08<0.05$).

La variable 29, aparición de nombres comunes o sinónimos, encuentra diferencias entre las revistas cuando no distinguimos entre tipos de resúmenes: entre *Acta Cardiologica* (86%, n=321) y *Acta Clinica Belgica* (94%, n=283) - $p=0.00134<0.05$, entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* (98%, n=575) - $p=6.27e-11<0.05$ - y entre *Acta Clinica Belgica* y *Actas Urológicas Españolas* ($p=0.0159<0.05$). Si distinguimos por resumen estructurado las diferencias las encontramos entre las revistas *Acta Cardiologica* (67%, n=12) y *Actas Urológicas Españolas* (99%, n=84) - $p=1e-05<0.05$, y entre *Acta Clinica Belgica* (77%, n=13) y *Actas Urológicas Españolas*, con un $p=0.000507<0.05$. Por último, cuando los resúmenes son no estructurados, las diferencias estriban entre *Acta Cardiologica* (87%,

n=309) y *Acta Clinica Belgica* (95%, n=270) -p=0.00098<0.05, y entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* (97%, n=491), con un p=1.7e-08<0.05.

La variable 30, la que reúne a todas las variables de esta parte, muestra que existen diferencias de aparición de la misma entre revistas. Cuando no distinguimos la estructura del resumen, encontramos que hay diferencias entre ellas, concretamente entre *Acta Cardiologica* y *Acta Clinica Belgica* (p=0.0377<0.05) y entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* (p=0.00048<0.05). Con los resúmenes estructurados las diferencias están entre *Acta Cardiologica* y *Acta Clinica Belgica* (p=0.00354<0.05) y entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* (p=0.00354<0.05). Por último, las diferencias significativas entre las revistas en relación a los resúmenes no estructurados las podemos encontrar entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* (p=0.0000259<0.05) y entre *Acta Clinica Belgica* y *Actas Urológicas Españolas* (p=0.0471<0.05).

IV.4.5. Metodología/Medidas de variables

De la última parte dentro de la sección de metodología se procederá, como anteriores casos, a analizar las diferencias existentes entre las diferentes estructuras de los resúmenes y, por otra parte, las diferencias encontradas entre las diferentes revistas en relación a la presencia de las distintas variables que podemos incluir dentro de esta parte.

IV.4.5.1. Diferencias entre tipo de estructura

Las diferencias encontradas relacionadas con el tipo de estructura del resumen analizado, y relativas a las medidas de las variables (metodología), las podemos resumir en el cuadro que a continuación aparece. Posteriormente procederemos a la explicación de estas diferencias, en el caso en el que aparezcan.

Variable	Sin diferenciar revista	<i>Acta Cardiologica</i>	<i>Acta Clinica Belgica</i>	<i>Actas Urológicas Españolas</i>
v31	Sí difieren (U=61678, p=1.2e-07<0.05)	Sí difieren (U=2751, p=1.88e-19<0.05)	Sí difieren (U=1877, p=0.0175<0.05)	No difieren (U=20622, p=NaN>0.05)

v32	Sí difieren (U=61198, p=9.78e-07<0.05)	Sí difieren (U=2602, p=1.1e-16<0.05)	Sí difieren (U=1877, p=0.0175<0.05)	No difieren (U=20622, p=NaN>0.05)
v33	No difieren (U=58741, p=0.15>0.05)	No difieren (U=1854, p=NaN>0.05)	Sí difieren (U=1877, p=0.0175<0.05)	No difieren (U=20622, p=NaN>0.05)
v34	Sí difieren (U=61676, p=1.24e-07<0.05)	Sí difieren (U=2752, p=1.81e-19<0.05)	Sí difieren (U=1877, p=0.0175<0.05)	No difieren (U=20622, p=NaN>0.05)

Tabla 55. Diferencias entre tipo de estructura en la información relacionada con las medidas de variables (metodología) en los resúmenes de casos clínicos. Fuente: elaboración propia

La variable 31 –en la que se ofrece información sobre las medidas- encuentra diferencias entre los dos tipos de resúmenes, que hemos estado analizando hasta ahora, en dos de las tres revistas estudiadas. En *Acta Cardiologica*, la presencia de esta variable en los resúmenes estructurados es del 50% (n=12), mientras que en los no estructurados la presencia de la misma sólo se manifiesta en cerca de un 2% (n=309). Lo mismo sucede en los resúmenes aparecidos en *Acta Clinica Belgica*, donde en cerca del 8% de los resúmenes estructurados (n=13) aparece y tan sólo en el 1% de los no estructurados (n=270) se usa. Esto nos lleva a afirmar, pese a que no encontramos diferencias entre ambos tipos de resúmenes en la revista *Actas Urológicas Españolas*, que hay diferencias entre ambos tipos de resúmenes cuando no diferenciamos las revistas, estando más presente en los resúmenes estructurados que en los no estructurados.

En la variable 32 –identificación de las variables de forma explícita- sucede lo mismo que en la anterior, es decir, en todos los escenarios hay diferencias entre resúmenes estructurados y resúmenes no estructurados, salvo en los encontrados en *Actas Urológicas Españolas*. En *Acta Cardiologica* esta variable está presente en el 42% de los resúmenes (n=12), mientras que en los no estructurados supone tan sólo un 1% de los mismos (n=309). Es en la segunda de las publicaciones donde también se aprecia una diferencia significativa, *Acta Clinica Belgica*, donde la presencia de la misma supone un 8% en los estructurados (n=13) y tan sólo un 1% en los no estructurados (n=270). Como en el anterior caso, podemos afirmar que a nivel de conjunto, sin diferenciar entre títulos de revistas, también aparecen diferencias de presencia entre los resúmenes estructurados y los no estructurados, primando en los primeros más que en los segundos.

Por su parte, en la presencia o no de la variable 33 –aparición de la fuente de los datos- sólo observamos diferencias significativas en la revista *Acta Clinica Belgica*; en ella el 8% de los resúmenes estructurados (n=13) la incluyen mientras que sólo en cerca del 1% de los no estructurados (n=270) aparece. Con estos datos podemos destacar que a nivel global no existen diferencias significativas en relación a la presencia de la misma entre los resúmenes estructurados y los no estructurados.

A nivel de toda esta parte de medidas de variables dentro de la metodología, variable 34, vemos que en su presencia hay diferencias significativas en función de que se trate de resúmenes estructurados o de no estructurados tanto a nivel general, sin distinguir revistas, como en dos de ellas, *Acta Cardiologica* y *Acta Clinica Belgica*, predominando en estos tres escenarios, el uso de esta parte en los resúmenes estructurados frente a los no estructurados. Por el contrario, en la revista *Actas Urológicas Españolas* no existe diferencia significativa en el uso de esta parte entre los resúmenes estructurados y no estructurados que incluye.

IV.4.5.2. Diferencias entre revistas

Las diferencias encontradas entre las revistas estudiadas y que tienen relación con las medidas de las variables (dentro de la sección de la metodología) las podemos resumir en el cuadro que a continuación aparece. Posteriormente procederemos a la explicación de estas diferencias, en el caso en el que aparezcan.

Variable	Sin diferenciar estructura	Con estructura	Sin estructura
v31	Sí difieren (H(2)=20.7, p=0000328<0.05)	Sí difieren (H(2)=43.3, p=3.92e-10<0.05)	Sí difieren (H(2)=7.67, p=0.0216<0.05)
v32	Sí difieren (H(2)=16.1, p=0.000324<0.05)	Sí difieren (H(2)=34.9, p=2.7e-08<0.05)	No difieren (H(2)=5.9, p=0.0522>0.05)
v33	Sí difieren (H(2)=9.51, p=0.00859<0.05)	Sí difieren (H(2)=7.38, p=0.0249<0.05)	No difieren (H(2)=5.93, p=0.0515>0.05)

v34	Sí difieren (H(2)=20.5, p=0.0000347<0.05)	Sí difieren (H(2)=42.5, p=5.85e-10<0.05)	Sí difieren (H(2)=7.65, p=0.0218<0.05)
-----	---	--	--

Tabla 56. Diferencias entre revistas en la información relacionada con las medidas de las variables (metodología) en los resúmenes de casos clínicos. Fuente: elaboración propia

Cuando hablamos de diferencias entre revistas los resultados obtenidos muestran que existen muchas más diferencias significativas que las encontradas en el estudio de las diferencias entre los distintos tipos de estructura.

Si tenemos en cuenta los datos aportados en la variable 31 –información sobre las medidas- sin diferenciar la estructura del resumen: 1ª *Acta Cardiologica* (3% de presencia, n=321), 2ª *Acta Clinica Belgica* (1% de presencia, n=283) y 3ª *Actas Urológicas Españolas* (0% de presencia, n=575) encontramos diferencias entre la 1ª y la 3ª ($p=0.0000242<0.005$) y entre la 2ª y la 3ª ($p=0.027<0.005$). Cuando hacemos la distinción por el tipo de resumen también encontramos diferencias significativas, tanto si mencionamos los estructurados como si hablamos de los no estructurados. En relación a los primeros los datos de presencia aportados, y que serán la base para establecer las diferencias, son: 1ª *Acta Cardiologica* (50%, n=12), 2ª *Acta Clinica Belgica* (8%, n=13) y 3ª *Actas Urológicas Españolas* (0%, n=84), por lo que las diferencias las encontramos entre la 1ª publicación y la 2ª ($p=0.024<0.005$), entre la 1ª y la 3ª ($p=9.09e-11<0.005$) y entre la 2ª y la 3ª ($p=0.024<0.005$). Por último, en relación a las diferencias encontradas en los resúmenes sin estructura, las encontramos entre *Acta Cardiologica* (cerca del 2% de síes, n=309) y *Actas Urológicas Españolas* (0% de síes, n=491) con un $p=0.0142<0.005$.

Los datos encontrados en las revistas en relación a la variable relacionada con la identificación de las variables de forma explícita, variable 32, si no diferenciamos entre el tipo de estructura de los resúmenes, y en función de la presencia de la misma son los siguientes: 1ª *Acta Cardiologica* (3%, n= 321), 2ª *Acta Clinica Belgica* (1%, n=283) y 3ª *Actas Urológicas Españolas* (0%, n=575); esto nos lleva a ver que existen diferencias entre la 1ª y la 3ª revista ($p=0.000166<0.005$) y entre la 2ª y la 3ª ($p=0.027<0.005$). Si hacemos la distinción entre el tipo de resumen, se observan diferencias significativas únicamente cuando hablamos de los resúmenes estructurados. Los datos que aparecen en este tipo de resumen son: 1ª *Acta Cardiologica* (42%, n=12), 2ª *Acta Clinica Belgica* (8%, n=13) y 3ª *Actas Urológicas Españolas* (0%, n=84); a partir de ellos vemos que las diferencias que se pueden apreciar están entre la 1ª y la 3ª de las publicaciones ($p=4.91e-09<0.005$) y entre la 2ª y la 3ª ($p=0.024<0.005$).

La tercera de las variables que aparece en esta parte de medidas de variables dentro de la sección de metodología, la número 33 (ofrece las fuentes de los datos), identifica diferencias significativas entre las revistas cuando no se diferencia la estructura del resumen entre *Acta Clinica Belgica* (1% de síes, n=283) y *Actas Urológicas Españolas* (0%, n=575) con un $p=0.027<0.005$. Cuando diferenciamos la estructura, aparecen diferencias si analizamos los resúmenes estructurados, concretamente entre las mismas revistas que cuando no diferenciábamos la estructura: *Acta Clinica Belgica* (8%, n=13) y *Actas Urológicas Españolas* (0%, n=84) con un $p=0.024<0.005$.

En la presencia o no de la variable 34, es decir, la que reúne a todas las anteriores de esta parte, encontramos diferencias si no diferenciamos la estructura entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* ($p=0.0000242<0.005$) y entre *Acta Clinica Belgica* y *Actas Urológicas Españolas* ($p=0.027<0.005$); si hablamos de los resúmenes estructurados las encontramos entre *Acta Cardiologica* y *Acta Clinica Belgica* ($p=0.0415<0.005$), *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* ($p=0.9.21e-11<0.005$) y *Acta Clinica Belgica* y *Actas Urológicas Españolas* ($p=0.024<0.005$). Por último, cuando hablamos de los resúmenes no estructurados las diferencias las encontramos entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* ($p=0.0142<0.005$).

IV.4.6. Resultados

La sección de resultados será analizada en función de la presencia de las distintas variables que la forman y en relación a las diferencias encontradas entre los distintos tipos de resúmenes y, por otro lado, entre las tres publicaciones estudiadas.

IV.4.6.1. Diferencias entre tipo de estructura

Las diferencias sobre la mención de los resultados en los resúmenes, y relacionadas con el tipo de estructura del mismo, las podemos resumir en el cuadro que a continuación aparece. Posteriormente procederemos a la explicación de estas diferencias, en el caso en el que aparezcan.

Variable	Sin diferenciar revista	<i>Acta Cardiologica</i>	<i>Acta Clinica Belgica</i>	<i>Actas Urológicas Españolas</i>
v35	Sí difieren (U=75942, p=6.35e-11<0.05)	Sí difieren (U=3108, p=1.48e-06<0.05)	Sí difieren (U=2790, p=0.0000159<0.05)	Sí difieren (U=25786, p=1e-06<0.05)
v36	Sí difieren (U=72488, p=5.27e-50<0.05)	Sí difieren (U=2918, p=4.11e-29<0.05)	Sí difieren (U=2424, p=1.56e-20<0.05)	Sí difieren (U=24262, p=1.07e-19<0.05)
v37	Sí difieren (U=70544, p=1.09e-06<0.05)	Sí difieren (U=2628, p=0.00133<0.05)	Sí difieren (U=2367, p=0.00652<0.05)	Sí difieren (U=24536, p=0.0000736<0.05)
v38	No difieren (U=59751, p=0.304>0.05)	No difieren (U=2043, p=0.172>0.05)	Sí difieren (U=2030, p=0.0442<0.05)	No difieren (U=20680, p=0.91>0.05)
v39	Sí difieren (U=58850, p=0.00175<0.05)	No difieren (U=1854, p=NaN>0.05)	No difieren (U=1755, p=NaN>0.05)	Sí difieren (U=20868, p=0.0158<0.05)
v40	No difieren (U=58206, p=0.653>0.05)	No difieren (U=1848, p=0.857>0.05)	No difieren (U=1748, p=0.839>0.05)	No difieren (U=20622, p=NaN>0.05)
v41	No difieren (U=58568, p=0.719>0.05)	No difieren (U=1782, p=0.49>0.05)	Sí difieren (U=1877, p=0.0175<0.05)	No difieren (U=20826, p=0.157>0.05)
v42	Sí difieren (U=62159, p=1.48e-08<0.05)	Sí difieren (U=2282, p=2.2e-06<0.05)	Sí difieren (U=1877, p=0.0175<0.05)	Sí difieren (U=21604, p=1.26e-06<0.05)
v43	Sí difieren (U=61362, p=2.43e-09<0.05)	Sí difieren (U=2614, p=1.66e-21<0.05)	No difieren (U=1748, p=0.839>0.05)	Sí difieren (U=20868, p=0.0158<0.05)
v44	Sí difieren (U=59330, p=0.000593<0.05)	Sí difieren (U=2157, p=8.7e-09<0.05)	No difieren (U=1755, p=NaN>0.05)	No difieren (U=20622, p=NaN>0.05)
v45	Sí difieren (U=78185, p=5.8e-13<0.05)	Sí difieren (U=3418, p=9.53e-09<0.05)	Sí difieren (U=2852, p=7.6e-06<0.05)	Sí difieren (U=26315, p=8.47e-08>0.05)

Tabla 57. Diferencias entre tipo de estructura en la información relacionada con los resultados en los resúmenes de casos clínicos. Fuente: elaboración propia

De las variables que se incluyen dentro de esta *move* de resultados sólo hay una en la que no se aprecian diferencias significativas entre resúmenes estructurados y resúmenes no estructurados en ninguna de las revistas estudiadas; esa variable, como

vemos en la tabla que hemos elaborado, es la número 40 (inclusión de cambios en las medidas primarias). En relación al resto de variables que la forman comentaremos a continuación las diferencias encontradas, siempre relacionadas con la presencia de dicha variable en cada uno de los tipos de resúmenes del estudio.

La presencia de la variable 35 –se proporciona información sobre los resultados obtenidos- en los dos tipos de resúmenes ofrece diferencias significativas en cada una de las revistas y, por tanto, a nivel general cuando no distinguimos entre ninguna de ellas. En *Acta Cardiologica*, en el 100% de los resúmenes aparece dicha variable (n=12), mientras que tan sólo en 32% lo hace en los resúmenes no estructurados (n=309). En *Acta Clinica Belgica* es el 92% de los estructurados (n=13) frente al 33% de los no estructurados (n=270). Y, por último, en *Actas Urológicas Españolas*, en el 46% de los casos aparece en los resúmenes estructurados (n=84) frente al 21% de los no estructurados (n=491). De estos datos podemos concluir que a nivel general, sin distinguir revista, hay diferencias entre ambos tipos y predomina su inclusión en los resúmenes estructurados más que en los no estructurados.

En relación a la variable 36, si los resultados son explícitos, su presencia entre resúmenes estructurados y no estructurados presenta diferencias en *Acta Cardiologica* puesto que en el primero de los casos supone el 58% (n=12) mientras que en el segundo sólo se queda en un 1% (n=309). Lo mismo ocurre en *Acta Clinica Belgica*: el 38% de los resúmenes estructurados (n=13) frente a cerca del 1% de los no estructurados (n=270). Este patrón también ocurre en la tercera de las publicaciones, *Actas Urológicas Españolas*, donde la diferencia está entre el 18% de los estructurados (n=84) frente a cerca del 1% de los no estructurados (n=491). Todo esto nos deja ver que existen diferencias también a nivel general, cuando no diferenciamos las revistas, apareciendo los resultados de forma explícita más en los resúmenes estructurados que en los no estructurados.

La variable 37 –resultados positivos- sigue el mismo modelo de las anteriores dos variables, es decir, en los cuatro escenarios analizados aparecen diferencias significativas entre los tipos de resúmenes. En *Acta Cardiologica* la presencia es del 67% de los estructurados (n=12) frente al 25% en los no estructurados (n=309); en *Acta Clinica Belgica* es del 62% en los estructurados (n=13) frente a los 27% en los no estructurados (n=270); y, por último, en el 37% de los estructurados (n=84) frente al 18% de los no estructurados de *Actas Urológicas Españolas*. Esto deja claro que si no

diferenciamos entre revistas, las diferencias son significativas entre un tipo de resumen y otro, predominando más en los que están estructurados que en los que no.

En la variable 38 –resultados negativos- sólo encontramos diferencias significativas cuando analizamos la revista *Acta Clinica Belgica*; en este caso la presencia de la misma en los resúmenes estructurados llega al 23% de los mismos (n=13) frente al 7% en los no estructurados (n=270).

Las diferencias en la variable 39, la mención de las limitaciones, se ciñen a la revista *Actas Urológicas Españolas*; en ella el 1% de los resúmenes estructurados (n=84) la incluyen frente al 0% de los no estructurados (n=491). Esto nos lleva a comentar que a nivel general, sin distinguir las revistas, también se aprecia una diferencia entre ellos, aunque sea muy poca, apareciendo en los resúmenes estructurados más que en los no estructurados.

Acta Clinica Belgica es la única publicación en la que encontramos diferencias significativas en relación al tipo de estructura y relativas a la presencia de la variable 41 –inclusión de interpretaciones; en ella el 8% de los resúmenes estructurados (n=13) las mencionan, mientras que sólo en cerca del 1% de los no estructurados (n=270) lo hacen.

La variable 42 –aparición de datos numéricos- muestra diferencias entre los resúmenes de ambos tipos en todas las revistas y, por tanto a nivel global. En *Acta Cardiologica* la presencia de la misma es del 25% en los resúmenes estructurados (n=12) frente al 2% de los no estructurados (n=309); en *Acta Clinica Belgica* es del 8% en los estructurados (n=13) y del 1% de los no estructurados (n=270); y en *Actas Urológicas Españolas* es del 5% en los primeros (n=84) frente al 0% de los no estructurados (n=491). Con este escenario, debemos mencionar que en los resúmenes estructurados en su conjunto, son distinguir entre revistas, aparece más esta variable que en los no estructurados.

En la variable 43 –aparición de datos estadísticos- las diferencias significativas se centran en dos de las publicaciones. En *Acta Cardiologica* aparece en el 42% de los resúmenes estructurados (n=12) frente al 1% de los no estructurados (n=309). En *Actas Urológicas Españolas*, por su parte, aparece en el 1% de los primeros (n=84) frente al 0% de los segundos (n=491). Con estos datos, y aunque en la tercera publicación no existan diferencias significativas entre ambos tipos, observamos un claro predominio en los resúmenes estructurados frente a los no estructurados.

Por su parte, con relación a la variable 44 –si todas las medidas descritas en el caso están presentes en el resumen- encontramos diferencias entre ambos tipos de

resúmenes en *Acta Cardiologica*, donde el 17% de los resúmenes estructurados (n=12) la incluyen y sólo cerca del 1% de los no estructurados (n=309) hacen lo propio. Aunque en las otras dos publicaciones no existan diferencias significativas, este dato mencionado nos lleva a mencionar que si no distinguimos las revistas, los resúmenes estructurados incluyen más esta variable que los no estructurados.

A nivel general, incluyendo todas las variables en una sola, la número 45, observamos diferencias significativas en todas las revistas entre ambos tipos de resúmenes, predominando el uso de esta sección en los resúmenes estructurados frente a los no estructurados, y también en conjunto entre ambos tipos sin distinguir entre ninguna de las publicaciones estudiadas.

IV.4.6.2. Diferencias entre revistas

Las diferencias entre revistas encontradas en relación a la aparición de los resultados en los resúmenes de casos clínicos las podemos resumir en el cuadro que a continuación aparece. Posteriormente procederemos a la explicación de estas diferencias, en el caso en el que aparezcan.

Variable	Sin diferenciar estructura	Con estructura	Sin estructura
v35	Sí difieren (H(2)=15.1, p=0.000523<0.05)	Sí difieren (H(2)=19.4, p=0.0000619<0.05)	Sí difieren (H(2)=17.4, p=0.000164<0.05)
v36	No difieren (H(2)=0.583, p=0.747>0.05)	Sí difieren (H(2)=10.6, p=0.00495<0.05)	No difieren (H(2)=2.47, p=0.291>0.05)
v37	Sí difieren (H(2)=7.32, p=0.0257<0.05)	No difieren (H(2)=5.78, p=0.0556>0.05)	Sí difieren (H(2)=9.65, p=0.00803<0.05)
v38	No difieren (H(2)=4.89, p=0.0867>0.05)	Sí difieren aunque no significativamente (H(2)=6.19, p=0.0453<0.05) Las diferencias son tan pequeñas que al hacer el análisis no han salido	No difieren (H(2)=3.1, p=0.213>0.05)

v39	No difieren (H(2)=1.05, p=0.591>0.05)	No difieren (H(2)=0.298, p=0.862>0.05)	No difieren (H(2)=NaN, p=NaN>0.05)
v40	No difieren (H(2)=1.92, p=0.383>0.05)	No difieren (H(2)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(2)=1.71, p=0.424>0.05)
v41	Sí difieren (H(2)=17, p=0.0002<0.05)	No difieren (H(2)=2.87, p=0.238>0.05)	Sí difieren (H(2)=19.7, p=0.0000527<0.05)
v42	Sí difieren (H(2)=7.08, p=0.029<0.05)	Sí difieren (H(2)=6.27, p=0.0435<0.05)	Sí difieren (H(2)=9.63, p=0.00812<0.05)
v43	Sí difieren (H(2)=11.8, p=0.00278<0.05)	Sí difieren (H(2)=33.6, p=5.01e-08<0.05)	No difieren (H(2)=2.94, p=0.23>0.05)
v44	Sí difieren (H(2)=8.03, p=0.018<0.05)	Sí difieren (H(2)=16.3, p=0.000286<0.05)	No difieren (H(2)=2.46, p=0.292>0.05)
v45	Sí difieren (H(2)=18.4, p=0.000103<0.05)	Sí difieren (H(2)=22, p=0.0000163<0.05)	Sí difieren (H(2)=22, p=0.0000169<0.05)

Tabla 58. Diferencias entre revistas en la información relacionada con los resultados en los resúmenes de casos clínicos. Fuente: elaboración propia

Centrándonos en las diferencias significativas entre las revistas, podemos observar que en algunas de las variables que se analizan en esta sección no existe ningún tipo de diferencia entre las revistas, ni cuando no distinguimos entre los resúmenes por su estructura ni cuando sí lo hacemos; este es el caso de la variable 38 - resultados negativos-, la 39 -presencia de limitaciones-, y la 40 -cambios en las medidas primarias-, aunque en la primera de ellas sí se observa una diferencia en relación a los resúmenes estructurados pero es tan pequeña que no es significativa y no se menciona porque en los cálculos ni aparece.

Existen diferencias significativas en relación a la presencia de la variable 35 - información sobre los resultados- cuando no diferenciamos entre tipos de resúmenes en función de su estructura y cuando sí lo hacemos. Cuando no se diferencia la estructura del resumen las diferencias están entre *Acta Cardiologica* (34% de síes, n=321) y *Actas Urológicas Españolas* (25% de síes, n=575) - p=0.00354<0.005, y entre *Acta Clinica Belgica* (32% de síes, n=309) y *Actas Urológicas Españolas* - p=0,00245<0.005. Cuando distinguimos por estructura del resumen, en los resúmenes estructurados las

diferencias están entre *Acta Cardiologica* (100%, n=12) y *Actas Urológicas Españolas* (46%, n=84) - $p=0.00166<0.005$, y entre *Acta Clinica Belgica* (92%, n=13) y *Actas Urológicas Españolas*, con un $p=0.00442<0.005$. Por último, en el resumen no estructurado las diferencias estriban entre *Acta Cardiologica* (32%, n=309) y *Actas Urológicas Españolas* (46%, n=84) - $p=0.00108<0.005$, y entre *Acta Clinica Belgica* (33%, n=270) y *Actas Urológicas Españolas* - $p=0.000919<0.005$.

La única diferencia significativa que nos encontramos en relación a la variable 36, mención de los resultados de forma explícita, es la que está relacionada con los resúmenes estructurados entre las revistas *Acta Cardiologica* (58%, n=12) y *Actas urológicas Españolas* (18%, n=84) con un $p=0.00587<0.005$.

Sin diferenciar el tipo de resumen encontramos diferencias significativas en la variable 37 –resultados positivos- entre *Acta Clinica Belgica* (28%, n=283) y *Actas Urológicas Españolas* (20%, n=575) con un $p=0.0406<0.005$; y observando los resúmenes sin estructura, en cambio, encontramos diferencias entre *Acta Cardiologica* (25%, n=309) y *Actas Urológicas Españolas* (18%, n=491) - $p=0.0347<0.005$, y entre *Acta Clinica Belgica* (27%, n=270) y *Actas Urológicas Españolas* - $p=0.014<0.005$.

En la variable 41 -mención de algún tipo de interpretación- observamos diferencias cuando no distinguimos la estructura del resumen entre *Acta Cardiologica* (4%, n=321) y *Actas Urológicas Españolas* (0.35%, n=575) - $p=0.000265<0.005$, y, también, cuando sí lo hacemos y observamos los resúmenes no estructurados; en ellos, las diferencias están entre *Acta Cardiologica* (4%, n=309) y *Acta Clinica Belgica* (1%, n=270) - $p=0.0283<0.005$ y entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* (1%, n=575) - $p=0.000186<0.005$.

De la variable 42 –aparición de datos numéricos- existen diferencias significativas en los tres escenarios propuestos para ver las diferencias entre las revistas. Cuando no diferenciamos el tipo de estructura del resumen observamos diferencias entre *Acta Cardiologica* (3%, n=321) y *Actas Urológicas Españolas* (0.7%, n=575) con un $p=0.0344<0.05$. Si miramos a los resúmenes estructurados las diferencias coinciden entre las dos publicaciones anteriores pero con un 25% (n=12) en la 1ª y un 5% en la 2ª (n=84) con un $p=0.0376<0.05$. Por último, en los resúmenes no estructurados las diferencias las encontramos, de nuevo, entre *Acta Cardiologica* (2%, n=309) y *Actas Urológicas Españolas* (0%, n=491) con un $p=0.00588<0.05$.

Las diferencias significativas en la variable 43 –datos estadísticos- se aprecian entre las revistas, por un lado, cuando no distinguen el tipo del resumen y, por otro,

cuando sí lo hacen, centrándose en este segundo caso en los resúmenes estructurados. En el primero de los casos las diferencias las encontramos entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas*; la primera revista alcanza el 2% de presencia (n=321) mientras que en la segunda esa presencia se sitúa tan sólo en el 0.17% (n=575) - $p=0.00665<0.05$. Por su parte, en el segundo de los casos –resúmenes estructurados- las diferencias se establecen entre *Acta Cadiologica* (42% de presencia, n=12) y *Acta Clinica Belgica* (0%, n=13) - $p=0.0241<0.05$ y entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* (1%, n=84) - $p=2.27e-07<0.05$.

Acta Cardiologica y *Actas Urológicas Españolas* son las publicaciones entre las que se establecen las diferencias significativas en relación a la variable 44, inclusión de todas las medidas del texto original en el resumen. Cuando no se distingue el tipo de resumen en la primera publicación esta variable alcanza el 1% (n=321) mientras que en la segunda es del 0% (n=575), alcanzando esta diferencia un valor de $p=0.0407<0.05$. Si vemos la diferencia en relación a los resúmenes estructurados, en la primera de las revistas la presencia de la variable llega hasta el 17% (n=12) mientras que en la segunda la presencia es del 0% (n=84) - $p=0.000369<0.05$.

La última de las variables, la número 45, como ha sucedido en las anteriores secciones y partes de las mismas, es la que reúne a todas las variables de dicha sección. Las diferencias entre las revistas, en relación a esta presencia global, se aprecian cuando no hacemos distinción entre un tipo de estructura u otra, cuando hablamos de resúmenes estructurados y cuando sólo hablamos de los no estructurados. En el primero de los casos las diferencias están entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* ($p=0.00037<0.05$) y entre *Acta Clinica Belgica* y *Actas Urológicas Españolas* ($p=0.00201<0.05$). Cuando mencionamos los resúmenes estructurados las diferencias están entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* ($p=0.0000801<0.05$) y entre *Acta Clinica Belgica* y *Actas Urológicas Españolas* ($p=0.0142<0.05$). Por último, en relación a los resúmenes no estructurados, las diferencias las encontramos entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* ($p=0.0000705<0.05$) y, también, *Acta Clinica Belgica* y *Actas Urológicas Españolas* ($p=0.00042<0.05$).

IV.4.7. Conclusiones

De la sección relacionada con las conclusiones se analizarán las diferencias encontradas entre los dos tipos de resúmenes encontrados –resumen estructurado y resumen no estructurado- y las diferencias entre las revistas. Este estudio se llevará a cabo examinando la presencia de cada una de las variables que la forman en dichos resúmenes y en dichas revistas.

IV.4.7.1. Diferencias entre tipo de estructura

Las diferencias encontradas relacionadas con el tipo de estructura del resumen analizado, y en relación con las conclusiones aparecidas en los mismos, las podemos resumir en el cuadro que a continuación aparece. Posteriormente procederemos a la explicación de estas diferencias, en el caso en el que aparezcan.

Variable	Sin diferenciar revista	<i>Acta Cardiologica</i>	<i>Acta Clinica Belgica</i>	<i>Actas Urológicas Españolas</i>
v46	Sí difieren (U=97660, p=2.11e-45<0.05)	Sí difieren (U=3102, p=1.75e-06<0.05)	Sí difieren (U=2808, p=0.0000203<0.05)	Sí difieren (U=36236, p=6.31e-45<0.05)
v47	Sí difieren (U=71858, p=5.37e-21<0.05)	Sí difieren (U=3416, p=1.62e-20<0.05)	Sí difieren (U=2698, p=4.7e-10<0.05)	Sí difieren (U=23238, p=5.16e-13<0.05)
v48	No difieren (U=57988, p=0.434>0.05)	No difieren (U=1848, p=0.857>0.05)	No difieren (U=1722, p=0.627>0.05)	No difieren (U=20622, p=NaN>0.05)
v49	No difieren (U=56446, p=0.274>0.05)	No difieren (U=1744, p=0.566>0.05)	No difieren (U=1714, p=0.788>0.05)	No difieren (U=20506, p=0.846>0.05)
v50	Sí difieren (U=61733, p=2.41e-08<0.05)	No difieren (U=1842, p=0.789>0.05)	Sí difieren (U=2134, p=0.105e-06<0.05)	Sí difieren (U=21604, p=1.26e-06<0.05)
v51	Sí difieren (U=61525, p=1.47e-14<0.05)	No difieren (U=1854, p=NaN>0.05)	Sí difieren (U=2025, p=1.16e-10<0.05)	Sí difieren (U=21604, p=1.26e-06<0.05)

v52	Sí difieren (U=97771, p=1.30e-40<0.05)	Sí difieren (U=3418, p=2.84e-08<0.05)	Sí difieren (U=3148, p=1.15e-07<0.05)	Sí difieren (U=36112, p=3.18e-40<0.05)
-----	--	---	---	--

Tabla 59. Diferencias entre tipo de estructura en la información relacionada con las conclusiones en los resúmenes de casos clínicos. Fuente: elaboración propia

En lo que respecta a la sección de conclusiones encontramos una serie de diferencias relacionadas con los diferentes tipos de estructura en muchas de las variables que se enmarcan dentro de la misma, aunque sí que es cierto que en algunas de ellas, como se aprecia en la tabla que hemos aportado, no hay ningún tipo de diferencia entre ambos tipos de resúmenes en ninguna de las revistas analizadas, tal es el caso de la variable 48 –mención de las implicaciones del estudio- y 49 –mención de la contribución a la literatura. En el resto de variables sí se aprecian diferencias significativas.

En la variable 46 –¿se ofrecen las conclusiones a las que se ha llegado?- las diferencias se centran en las tres publicaciones analizadas. En *Acta Cardiologica* la presencia de la misma en los resúmenes estructurados es del 100% (n=12), mientras que en los no estructurados sólo se queda en el 33% de los casos (n=309). En *Acta Clinica Belgica* sucede lo mismo, aunque variando uno de los porcentajes: la presencia en los resúmenes estructurados es también del 100% (n=13), aunque la de los no estructurados varía y representa el 40% (n=270). En la última de las publicaciones, *Actas Urológicas Españolas* las cifras alcanzan el 94% (n=84) en los resúmenes estructurados y de tan solo el 13% (n=491) en los no estructurados. Con esto, podemos afirmar que cuando no diferenciamos entre revistas esta variable también difiere significativamente, estando de manera mucho más representativa en los resúmenes estructurados que en los no estructurados.

Con la variable 47 –si las conclusiones fueron consistentes con los resultados- sucede lo mismo, habiendo diferencias significativas en todas las revistas entre los dos tipos de resúmenes analizados: en *Acta Cardiologica* la presencia de la misma en los estructurados supone un 92% (n=12) mientras que en los no estructurados es del 7% (n=309); en *Acta Clinica Belgica* en los primeros supone el 65% de los estructurados (n=13) y tan sólo el 8% de los segundos (n=270); y en *Actas Cardiológicas Españolas* la diferencia estriba entre el 13% en los estructurados (n=84) y tan sólo el 0.4% de los no estructurados (n=491). Al igual que ocurre con la anterior variable la diferencia también es apreciable cuando no diferenciamos las revistas, predominando la presencia

de la misma en los resúmenes estructurados, frente a la escasa presencia en los no estructurados.

En la variable 50 –recomendaciones para estudios posteriores-, las diferencias significativas se centran en las revistas *Acta Clinica Belgica* y *Actas Urológicas Españolas*. En la primera de ellas, su presencia en los resúmenes estructurados es del 23% (n=13) y en los no estructurados de un 1% (n=270); por otra parte, en la segunda de las publicaciones mencionadas, la diferencia estriba entre el 5% de los no estructurados (n=84) y la ausencia total en los no estructurados (n=491). Como ha sucedido en anteriores variables en su visión de conjunto esta variable crea diferencias significativas entre ambos tipos de resúmenes, predominando la presencia de ella en los resúmenes estructurados.

El mismo patrón de la anterior variable se repite en la número 51 –resumen de anteriores secciones del resumen- es decir, es en las mismas publicaciones que en la anterior donde encontramos las diferencias significativas entre ambos tipos de resúmenes. En *Acta Clinica Belgica* la presencia en los estructurados supone el 15% de los mismos (n=13) mientras que en los no estructurados hay una ausencia total de ella (n=270). En el caso de la segunda publicación se repite el mismo patrón: en los resúmenes estructurados la presencia es del 5% (n=84), mientras que hay también una ausencia total en los no estructurados (n=491).

Con todos estos datos podemos afirmar que, en relación a la presencia total de esta sección en los resúmenes -variable 52- existen diferencias significativas entre los dos tipos de resúmenes tanto si diferenciamos cada uno de los títulos como cuando no hacemos dicha distinción, predominando la presencia en los resúmenes estructurados frente a los no estructurados en ambos casos.

IV.4.7.2. Diferencias entre revistas

Las diferencias encontradas entre las revistas y que tienen que ver con la presencia o ausencia de las conclusiones en la estructura del resumen las podemos resumir en el cuadro que a continuación aparece. Posteriormente procederemos a la explicación de estas diferencias, en el caso en el que aparezcan.

Variable	Sin diferenciar estructura	Con estructura	Sin estructura
v46	Sí difieren (H(2)=15.2, p=0.000488<0.05)	No difieren (H(2)=1.55, p=0.462>0.05)	Sí difieren (H(2)=45.4, p=1.36e-10<0.05)
v47	Sí difieren (H(2)=32.6, p=.32e-08<0.05)	Sí difieren (H(2)=40.7, p=1.47e09<0.05)	Sí difieren (H(2)=33.4, p=5.56e-08<0.05)
v48	Sí difieren (H(2)=12, p=0.00245<0.05)	No difieren (H(2)=NaN, p=NaN>0.05)	Sí difieren (H(2)=11.1, p=0.00381<0.05)
v49	Sí difieren (H(2)=14.1, p=0.000853<0.05)	No difieren (H(2)=0.137, p=0.934>0.05)	Sí difieren (H(2)=13, p=0.00147<0.05)
v50	Sí difieren aunque no significativamente (H(2)=6.42, p=0.0403<0.05) Las diferencias son tan pequeñas que al hacer el análisis no han salido	Sí difieren aunque no significativamente (H(2)=7.14, p=0.0281<0.05) Las diferencias son tan pequeñas que al hacer el análisis no han salido	Sí difieren (H(2)=6.91, p=0.0316<0.05)
v51	No difieren (H(2)=2.25, p=0.324>0.05)	No difieren (H(2)=3.2, p=0.202>0.05)	No difieren (H(2)=NaN, p=NaN>0.05)
v52	Sí difieren (H(2)=31.8, p=1.24e-07<0.05)	Sí difieren (H(2)=27.3, p=1.18e-06<0.05)	Sí difieren (H(2)=64.8, p=8.58e-15<0.05)

Tabla 60. Diferencias entre revistas en la información relacionada con las conclusiones en los resúmenes de casos clínicos. Fuente: elaboración propia

Si nos centramos en encontrar diferencias significativas entre las revistas, observamos que hay un número considerable de variables en las que aparecen dichas diferencias, a excepción de la 51 –resume de anteriores secciones del resumen-, donde no aparecen diferencias significativas entre las tres revistas.

En relación a la variable 46 –mención de las conclusiones en el resumen-, las diferencias significativas entre revistas las encontramos cuando no hacemos ninguna distinción sobre la estructura del resumen y cuando hablamos de los resúmenes no estructurados. En el primero de los casos, la diferencia estaría entre *Acta Clinica Belgica* (43%, n=283) y *Actas Urológicas Españolas* (29%, n=575) con un $p=0.000303<0.005$. Por su parte, en relación a los resúmenes no estructurados los datos

descriptivos que aportan cada publicación son, en orden de presencia: 1ª *Acta Clinica Belgica* (40%, n=270), 2ª *Acta Cardiologica* (33%, n=309) y 3ª *Actas Urológicas Españolas* (18%, n=491), por lo que las diferencias estarían entre la 2ª y la 3ª ($p=7.16e-06<0.005$) y entre la 1ª y la 3ª ($p=0.19e-10<0.005$).

En la variable 47 –si fueron consistentes con los resultados- encontramos diferencias en los tres escenarios posibles relacionados con las revistas: sin distinguir el tipo de resumen, en los resúmenes estructurados y en los resúmenes no estructurados. En el primero de los casos las diferencias estarían entre *Acta Cardiologica* (11%, n=321) y *Actas Urológicas Españolas* (2%, n=575) - $p=2.5e-07<0.005$ - y entre *Acta Clinica Belgica* (10%, n=283) y *Actas Urológicas Españolas*, este último caso con un $p=7.01e-07<0.005$. En relación con los resúmenes estructurados, las diferencias las encontramos entre *Acta Cardiologica* (92%, n=12) y *Actas Urológicas Españolas* (13%, n=84) – $p=5.28e-09<0.005$ - y entre *Acta Clinica Belgica* (62%, n=13) y *Actas Urológicas Españolas* - $p=0.0000954<0.005$. Por último, cuando nos referimos a los resúmenes sin estructura, las diferencias las observamos entre *Acta Cardiologica* (7%, n=309) y *Actas Urológicas Españolas* (0.4%, n=491) - $p=5.25e-08<0.005$ - y entre *Acta Clinica Belgica* (8%, n=270) y *Actas Urológicas Españolas* - $p=4.09e-08<0.005$.

Las diferencias encontradas en relación a la variable 48 –mención de las implicaciones del estudio- se centran en los resúmenes cuando no diferenciamos su estructura y en los resúmenes no estructurados. Cuando no se diferencia entre tipos de estructuras las diferencias están entre *Acta Clinica Belgica* (2%, n=283) y *Actas Urológicas Españolas* (0%, n=575) - $p=0.00421<0.005$. Por su parte, en los resúmenes no estructurados las diferencias también son entre dichas publicaciones y con el mismo porcentaje de presencia aunque el grado de diferencia cambia ($p=0.00753<0.005$).

La variable 49 –contribución a la literatura- sigue el mismo patrón de diferencias que la anterior variable mencionada; las diferencias las encontramos cuando no distinguimos estructuras de resúmenes y cuando se tratan de los resúmenes no estructurados. En el primero de los casos la diferencia estaría entre *Acta Cardiologica* (14%, n=321) y *Actas Urológicas Españolas* (6%, n=575) - $p=0.000485<0.005$; y en el segundo de los casos mencionados entre *Acta Cardiologica* (14%, n=309) y *Actas Urológicas Españolas* (7%, n=491) - $p=0.000869<0.005$.

En la presencia de la variable 50 –recomendaciones para estudios posteriores- en los resúmenes de las tres revistas hemos encontrado diferencias, pero en el caso en el que no diferenciamos la estructura del resumen y en el que aparece el resumen

estructurado son tan pocas y tan pocas significativas que al hacer los cálculos no ha aparecido. En cambio, donde sí encontramos diferencias significativas es en los resúmenes no estructurados; en ellos las diferencias están entre *Acta Clinica Belgica* (1%, n=270) y *Actas Urológicas Españolas* (0%, n=491) - $p=0.0207<0.005$.

Por último, en la variable que reúne a todas las anteriores de esta sección, variable 52, las diferencias entre revistas las encontramos cuando no diferenciamos entre estructuras de resumen: entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* ($p=0.000419<0.005$) y entre *Acta Clinica Belgica* y *Actas Urológicas Españolas* ($p=2.3e-07<0.005$). Cuando observamos los resúmenes estructurados las encontramos entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* ($p=0.0000641<0.005$) y *Acta Clinica Belgica* y *Actas Urológicas Españolas* ($p=0.000305<0.005$). En último lugar, cuando hablamos de los resúmenes no estructurados las diferencias están entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* ($p=3.83e-09<0.005$) y entre *Acta Clinica Belgica* y *Actas Urológicas Españolas* ($p=1.29e-13<0.005$).

IV.4.8. Originalidad/Valor

Las diferencias entre el tipo de estructura y las diferencias entre las revistas también son analizadas en la última sección en la que hemos dividido los resúmenes para nuestro estudio. Al igual que en anteriores secciones este análisis se basa en la presencia de las distintas variables en los resúmenes.

IV.4.8.1. Diferencias entre tipo de estructura

Las diferencias encontradas relacionadas con el tipo de estructura del resumen analizado, y referidas a la mención o no de la originalidad y el valor del caso clínico, las podemos resumir en el cuadro que a continuación aparece. Posteriormente procederemos a la explicación de estas diferencias, en el caso en el que aparezcan.

Variable	Sin diferenciar revista	<i>Acta Cardiologica</i>	<i>Acta Clinica Belgica</i>	<i>Actas Urológicas Españolas</i>
v53	No difieren (U=59058, p=0.123>0.05)	No difieren (U=1836, p=0.739>0.05)	No difieren (U=1755, p=NaN>0.05)	No difieren (U=20987, p=0.107>0.05)
v54	No difieren (U=58315, p=NaN>0.05)	No difieren (U=1854, p=NaN>0.05)	No difieren (U=1755, p=NaN>0.05)	No difieren (U=20622, p=NaN>0.05)
v55	No difieren (U=59058, p=0.123>0.05)	No difieren (U=1836, p=0.739>0.05)	No difieren (U=1755, p=NaN>0.05)	No difieren (U=20987, p=0.107>0.05)

Tabla 61. Diferencias entre tipo de estructura en la información relacionada con la originalidad/valor en los resúmenes de casos clínicos. Fuente: elaboración propia

Como se puede apreciar en los datos expuestos en la tabla, no existe diferencia significativa alguna de aparición o ausencia en ninguna de las variables analizadas dentro de esta *move* –variable 53: mención explícita de la originalidad del caso; variable 54: descripción explícita del valor biomédico del caso clínico; variable 55: agrupa las dos anteriores- ni en relación a cada uno de los tipos de los resúmenes aparecidos en cada revista en particular –resúmenes estructurados y resúmenes no estructurados- ni cuando se hace de manera global y conjunta, sin tener en cuenta a cada revista individualmente.

IV.4.8.2. Diferencias entre revistas

Las diferencias encontradas entre revistas en relación con la mención en el resumen de la originalidad y el valor del caso clínicos las podemos resumir en el cuadro que a continuación aparece. Posteriormente procederemos a la explicación de estas diferencias, en el caso en el que aparezcan.

Variable	Sin diferenciar estructura	Con estructura	Sin estructura
v53	No difieren (H(2)=2.55, p=0.279>0.05)	No difieren (H(2)=0.601, p=0.741>0.05)	No difieren (H(2)=2.47, p=0.29>0.05)
v54	No difieren (H(2)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(2)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(2)=NaN, p=NaN>0.05)

v55	No difieren (H(2)=2.55, p=0.279>0.05)	No difieren (H(2)=0.601, p=0.741>0.05)	No difieren (H(2)=2.47, p=0.29>0.05)
-----	---	--	--

Tabla 62. Diferencias entre revistas en la información relacionada con la originalidad/valor en los resúmenes de casos clínicos. Fuente: elaboración propia

Al igual que ha ocurrido con las diferencias entre los tipos de resúmenes, cuando analizamos las diferencias entre revistas observamos que tampoco se han hallado diferencias significativas en cada una de las variables analizadas –variable 53: mención explícita de la originalidad del caso; variable 54: mención explícita del valor biomédico del caso; y variable 55, variable resumen de las anteriores-; es decir, que las tres revistas coinciden en la escasa aparición, por no decir casi nula, de esta *move* en su conjunto, y en cada una de las variables en particular, tanto en los resúmenes estructurados como en los no estructurados que acompañan a los casos clínicos publicados en las mismas en nuestro periodo de tiempo estudiado.

IV.5. Evolución a lo largo de tiempo

La última parte del análisis de los resultados la vamos a centrar en la evolución de cada una de las variables enunciadas para el estudio de los resúmenes de casos clínicos a través de los años que abarca nuestro trabajo, concretamente, como se ha mencionado en varias ocasiones, de 2000 a 2012, es decir, mostraremos los datos de cómo se comportan dichas variables a lo largo del tiempo.

Este análisis de la evolución en el tiempo se hará en función del hallazgo o no de diferencias a lo largo de los años en las variables de nuestro estudio. Estas variables se agrupan dentro de cada una de las secciones/*moves* que hemos enunciado en la elaboración de nuestro metamodelo de resumen para un caso clínico. Cada sección o *move* será estructurada en cuatro partes para una mejor comprensión de los datos encontrados: la primera de ella mostrará las diferencias en la evolución sin distinguir entre las revistas en las que aparecen esos resúmenes; junto a ésta existirá un enunciado para cada una de las revistas en particular, concretamente *Acta Cardiologica*, *Acta Clinica Belgica* y *Actas Urológicas Españolas*.

Para una mejor comprensión de los resultados obtenidos dentro de cada una de las partes, dentro de cada sección o *move* aparecerá una tabla resumen de las diferencias encontradas. Esta tabla contendrá las diferencias halladas en la evolución de cada una de

las variables en función de si son resúmenes estructurados, resúmenes no estructurados y, una tercera, en relación con la no diferenciación del tipo de resumen. Los valores que aparecerán serán dos: no difieren significativamente y sí difieren significativamente (aunque en las tablas aparezca simplemente no difieren o sí difieren para evitar redundancias); este valor estará en función del p-valor obtenido, esto es, si el valor p-valor obtenido (en el texto aparece simplemente como p) es menor a 0.05 sí existen diferencias significativas –estas diferencias se han encontrado comparando dos a dos los años de nuestro estudio- en la evolución de dicha variable; en cambio, si es superior a 0.05 no hay diferencias significativas. Otro valor que puede aparecer es NaN; la aparición de dicho valor indica que no hay diferencias, que los datos que comparamos son exactamente iguales.

Si no aparecen diferencias significativas no hay un patrón fijo o una tendencia en dicha evolución; si por el contrario aparecen diferencias significativas habrá que ver si esas diferencias demostrarían la existencia de una tendencia en la aparición de esa variable a lo largo de los años en esa revista y en un determinado tipo de resumen u otro, aunque también se verá si existe sin diferenciar entre revistas y sin distinguir tipos de resúmenes.

El que aparezcan diferencias significativas no quiere decir que exista una tendencia clara en lo relacionado a una variable, en un tipo u otro de resumen o en ambos, a lo largo del tiempo; aunque el test de Kruhalla-Wallis resulte significativo, puede ser que las diferencias no sean tan fuertes como para mantenerse tras aplicar la corrección que se debe utilizar al realizar pruebas post hoc de comparación dos a dos mediante la prueba de Mann Whitney con la corrección de Holm.

En el anexo IV –Evolución a lo largo del tiempo- se pueden encontrar las tablas que muestran la evolución de las variables en cada una de las revistas y en cada uno de los tipos de resúmenes; esas tablas hacen referencia sólo a las diferencias significativas, de ahí que no aparezcan tablas relacionadas con todas las variables, todos los tipos de resúmenes y todas las revistas.

IV.5.1. Aspectos generales

Para analizar la evolución de los aspectos generales relacionados con la estructura y la ubicación del resumen estableceremos cuatro partes claramente diferenciadas y que ofrecen los resultados encontrados de una manera clara y lógica.

Analizaremos la evolución de los resúmenes, en primer lugar, sin distinguir entre las revistas recogidas en nuestro estudio para, posteriormente, realizar el mismo análisis en cada una de las publicaciones.

(Vid. Anexo IV tablas 1-36, págs. 578-596)

IV.5.1.1. Sin diferenciar revistas

En el siguiente cuadro resumen se muestran si existen o no diferencias significativas en la evolución a lo largo de los años del estudio -2000-20012- de cada una de las variables relacionadas con los aspectos generales del resumen sin diferenciar entre las revistas incluidas en nuestro estudio.

Variable	Sin diferenciar estructura	Resumen estructurado	Resumen no estructurado
v01	No difieren (H(12)=15.7, p=0.207>0.05)	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=15.4, p=0.222>0.05)
v02	No difieren (H(12)=19.9, p=0.0681>0.05)	No difieren (H(12)=12.9, p=0.376>0.05)	No difieren (H(12)=12.3, p=0.421>0.05)
v03	Sí difieren (H(12)=465, p=7.69e-92<0.05)	Sí difieren (H(12)=79.8, p=4.49e.12<0.05)	Sí difieren (H(12)=400, p=3.52e-78<0.05)
v04	Sí difieren (H(12)=41.8, p=0.0000357<0.05)	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)	Sí difieren (H(12)=44.6, p=0.0000119<0.05)
v05	Sí difieren (H(12)=41.8, p=0.0000357<0.05)	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)	Sí difieren (H(12)=44.6, p=0.0000119<0.05)
v06	Sí difieren (H(12)=46.5, p=5.67e-06<0.05)	Sí difieren (H(12)=93.6, p=1e-14<0.05)	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)
v07	Sí difieren (H(12)=276, p=5.14e-52<0.05)	Sí difieren (H(12)=48.6, p=2.46e-06<0.05)	Sí difieren (H(12)=279, p=1.18e-52<0.05)

Tabla 63. Evolución en el tiempo de los aspectos generales sin diferenciar entre revistas. Fuente: elaboración propia

Hay variables en las que observamos que no existen diferencias significativas en su evolución a lo largo de los años, lo que quiere decir que no existe ninguna tendencia en su presencia sino que se aparecen de manera arbitraria en los resúmenes. Ejemplo de ello es la variable 1-correspondencia entre la estructura del resumen y la del metamodelo de resumen para caso clínico- y la variable 2 -relación entre la estructura del resumen y la del caso clínico- tanto si no diferenciamos la estructura del resumen como si los clasificamos en estructurados y no estructurados.

En la variable 3 –localización del resumen entre el título y el texto principal- tanto en lo referido a los resúmenes estructurados como en los no estructurados y cuando no hacemos distinción entre ambos, observamos diferencias significativas entre los años. En el último de los casos, los años 2000, 2001 y 2002 se diferencian con todos los demás años, es decir, que podemos observar una tendencia o asociación en esos tres años que luego se pierde de 2003 en adelante. A su vez, de 2003 a 2010 no existen diferencias significativas, mientras que en 2011 y 2012 las diferencias por debajo de 0.05 nos dejan ver otra tendencia en esos dos años. De todo esto podríamos deducir que los años 2000-2002 van de la mano, de 2003 a 2010 sucede lo mismo y, por último, los años 2011 y 2012. Este mismo fenómeno ocurre cuando hablamos de los resúmenes no estructurados. En cambio, cuando hablamos de los resúmenes estructurados la tendencia de presencia o ausencia sólo se aprecia en los tres primeros años, de 2000 a 2002, aunque no es una tendencia clara y total, puesto que hay años, después de hacer las comparaciones de estos años con los demás, en los que la diferencia obtenida es superior a 0.05.

En la variable 4 –composición del resumen en un solo párrafo- existen diferencias en lo relacionado con los resúmenes estructurados y cuando no diferenciamos entre ningún tipo de estructura entre los mismos. En este último caso existe una tendencia significativa entre los años 2000 y 2007 y, otra, de 2008 a 2011, aunque el año 2009 se desmarque de esta última tendencia. En el primero de los casos, por el contrario, la tendencia está entre 2000 y 2005 y entre 2006 y 2011, aunque el año 2008, como sucede en el anterior caso con el año 2009, se desmarca de la misma.

Las diferencias en relación a la variable 5 –estructuración del resumen en varios párrafos- las encontramos cuando no diferenciamos entre resúmenes y cuando sólo hablamos de los resúmenes no estructurados. En el primero de los casos observamos una diferencia significativa del año 2012 en relación a los años que van de 2000 a 2007 –que marca una tendencia de dichos años- y con 2009, mientras que cuando hablamos de resúmenes no estructurados la tendencia se aprecia entre 2000 y 2005 y una diferencia significativa con 2008.

La variable 6 –aparición de la estructura de forma explícita- presenta diferencias cuando no distinguimos entre tipos de resúmenes y cuando observamos los resúmenes estructurados. En el primero de los casos no existe una tendencia clara a lo largo de los años, aunque los años 2007 y 2008 se demarcan de esto. En el segundo caso las

diferencias con el resto las encontramos en el año 2001 en relación a todos los demás, salvo con 2008.

La última de las variables, la número 7 –relacionada con la suma de todas las anteriores variables relativas a estos aspectos generales- presenta diferencias tanto cuando no diferenciamos entre la estructura del resumen como cuando hablamos de resúmenes estructurados y resúmenes no estructurados. En el primero de los casos existe una tendencia clara, de 2000 a 2002 y de 2003 en adelante (aunque encontremos una diferencia más que significativa entre 2005 y 2011), tendencia que se repite también cuando hablamos de los resúmenes no estructurados (aunque las diferencias significativas estén en este caso entre el 2011 y los años que van entre 2005 y 2009, y entre 2012 y 2006 y 2008); en cambio cuando analizamos los resúmenes estructurados vemos que pese a existir diferencias sólo son significativas cuando comparamos el año 2001 con el 2003, 2004, 2006, 2007, 2009 y 2011 y el año 2000 con el 2011.

IV.5.1.2. Acta Cardiologica

En el siguiente cuadro resumen se muestran si existen o no diferencias significativas en la evolución a lo largo de los años del estudio -2000-20012- de cada una de las variables relacionadas con los aspectos generales del resumen en la revista *Acta Cardiológica*.

Variable	Sin diferenciar estructura	Resumen estructurado	Resumen no estructurado
v01	Sí difieren (H(12)=31.3, p=0.00175<0.05)	No difieren (H(5)=NaN, p=NaN>0.05)	Sí difieren (H(12)=NaN, p=0.0019<0.05)
v02	No difieren (H(12)=11.9, p=0.457>0.05)	No difieren (H(5)=0.714, p=0.982>0.05)	No difieren (H(12)=12.9, p=0.376>0.05)
v03	No difieren (H(12)=14.2, p=0.287>0.05)	No difieren (H(5)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=13.8, p=0.312>0.05)
v04	Sí difieren (H(12)=25.2, p=0.0138<0.05)	No difieren (H(5)=NaN, p=NaN>0.05)	Sí difieren (H(12)=22.7, p=0.0305<0.05)
v05	Sí difieren (H(12)=25.2, p=0.0138<0.05)	No difieren (H(5)=NaN, p=NaN>0.05)	Sí difieren (H(12)=22.7, p=0.0305<0.05)

v06	Sí difieren (H(12)=37.9, p=0.000162<0.05)	No difieren (H(5)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)
v07	No difieren (H(12)=16.2, p=0.182>0.05)	No difieren (H(5)=0.714, p=0.982>0.05)	No difieren (H(12)=14.5, p=0.269>0.05)

Tabla 64. Evolución en el tiempo de los aspectos generales en *Acta Cardiologica*. Fuente: elaboración propia

Tras ver esta tabla observamos que en muchas de las variables no existe diferencia significativa a lo largo de los años, lo que quiere decir que en todas en las que aparece este dato no existe una tendencia clara de presencia o no de la misma en los resúmenes de esta revista; ejemplo de este caso es la variable 2 –relación de la estructura del resumen con el caso clínico- la variable 3 –localización del resumen entre el título y el texto principal- y la variable número 7, que es la variable que reúne a todas las variables relacionadas con estos aspectos generales.

Por su parte, en la variable 1 –el resumen responde a la estructura del metamodelo de resumen elaborado para un caso clínico- encontramos que existen diferencias significativas entre los años tanto si no diferenciamos entre los dos tipos de resúmenes como cuando estudiamos los resúmenes estructurados. En ambos casos, aunque se observan diferencias, después de hacer la prueba comparando los años dos a dos, ninguno de los p-valores que resultan es menor a 0.05 por lo que diremos que entre los años no se puede observar ninguna tendencia de presencia o no de estas variables ni diferencias significativas a lo largo del tiempo.

La variable 4 –composición en un solo párrafo- ofrece diferencias significativas entre los años, tanto cuando no diferenciamos entre tipo de estructura del resumen como cuando hablamos de los resúmenes no estructurados. En ambos casos, aunque existen dichas diferencias entre los años, no existe una tendencia clara en la composición en un solo párrafo, sino que cada año sigue un patrón diferente de presencia.

En la variable 5 –estructura del resumen en varios párrafos- las diferencias las encontramos cuando no diferenciamos la estructura del resumen y, también, cuando observamos los resúmenes no estructurados; pese a la presencia de dichas diferencias hemos de decir que no hemos encontrado ninguna tendencia en la presencia de la misma ni unas diferencias significativas entre los resúmenes a lo largo de los años.

La variable 6 –aparición de la estructura del resumen de forma explícita- presenta diferencias sólo cuando hablamos de los resúmenes sin distinguir entre su estructura. Pese a existir estas diferencias, y puesto que los valores no son menores de

0.05, no son significativas para poder establecer una tendencia de presencia de la misma a través de los años.

IV.5.1.3. *Acta Clinica Belgica*

En el siguiente cuadro resumen se muestran si existen o no diferencias significativas en la evolución a lo largo de los años del estudio -2000-20012- de cada una de las variables relacionadas con los aspectos generales del resumen en la revista *Acta Clinica Belgica*.

Variable	Sin diferenciar estructura	Resumen estructurado	Resumen no estructurado
v01	No difieren (H(12)=8.13, p=0.775>0.05)	No difieren (H(6)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=8.13, p=0.76>0.05)
v02	No difieren (H(12)=19.6, p=0.0751>0.05)	No difieren (H(6)=3.73, p=0.714>0.05)	No difieren (H(12)=19.8, p=0.0712>0.05)
v03	Sí difieren (H(12)=229, p=3.32e-42<0.05)	No difieren (H(6)=8.29, p=0.218>0.05)	Sí difieren (H(12)=222, p=8.2e-41<0.05)
v04	Sí difieren (H(12)=22.2, p=0.0351<0.05)	No difieren (H(6)=NaN, p=NaN>0.05)	Sí difieren (H(12)=26.7, p=0.00855<0.05)
v05	Sí difieren (H(12)=22.2, p=0.0351<0.05)	No difieren (H(6)=NaN, p=NaN>0.05)	Sí difieren (H(12)=26.7, p=0.00855<0.05)
v06	No difieren (H(12)=10.3, p=0.591>0.05)	No difieren (H(6)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)
v07	Sí difieren (H(12)=121, p=3.21e-20<0.05)	No difieren (H(6)=9.61, p=0.142>0.05)	Sí difieren (H(12)=132, p=2.21e-22<0.05)

Tabla 65. Evolución en el tiempo de los aspectos generales en *Acta Clinica Belgica*. Fuente: elaboración propia

Observamos que en relación a la variable 1 –el resumen responde a la estructura del metamodelo de resumen propuesto- la variable 2 –relación entre la estructura del resumen con el caso clínico- y la variable 6 –aparición de la estructura de forma explícita- no se aprecia ninguna tendencia de aparición de tales variables en relación a cada tipo de resumen individualizado ni cuando no distinguimos entre ellos a lo largo del período de tiempo estudiado.

Este fenómeno cambia en el resto de variables, tanto en relación a cada uno de los tipos de resúmenes como cuando hablamos de ellos de manera conjunta.

En la variable 3 –localización de resumen entre el título del caso y el texto del documento original- las diferencias se centran, por una parte, cuando analizamos los

resúmenes de manera conjunta y, por otra, cuando estudiamos los resúmenes no estructurados. En el primero de los casos se observa que de 2010 a 2012 existe una tendencia en la presencia de la misma; en el resto de años, en cambio, pese a haber diferencias entre ellos no se observa ninguna tendencia clara. En el segundo de los casos, cuando hablamos de los resúmenes no estructurados observamos lo mismo: tendencia clara en los tres últimos años.

Las diferencias en la variable 4 –composición del resumen en un solo párrafo- y en la variable 5- estructura del resumen en varios párrafos- las podemos encontrar, si observamos la tabla resumen, cuando no diferenciamos la estructura del mismo y en los resúmenes no estructurados (como ha ocurrido en la anterior publicación). En ambos casos, y en las dos variables, aunque existan diferencias entre los años, no existe una tendencia patente en la presencia de dicha variable en el resumen, aunque sí que existe en los dos casos un año discordante, el año 2001, que difiere de manera significativa si lo comparamos con el año 2012.

En la última de las variables, la variable 7 –unión de todas las anteriores variables de estos aspectos generales- observamos diferencias significativas cuando no dividimos los resúmenes por su estructura y cuando analizamos los resúmenes estructurados. En casos tenemos que hablar de dos grupos diferenciados entre los años y que marcan una tendencia: de 2000 a 2010 y de 2011 a 2012, aunque en el año 2010 observamos diferencias significativas con 2003, 2005, 2007 y 2008, en el primero de los casos, y con los años de 2007 a 2009 en el segundo.

IV.5.1.4. *Actas Urológicas Españolas*

En el siguiente cuadro resumen se muestran si existen o no diferencias significativas en la evolución a lo largo de los años del estudio -2000-20012- de cada una de las variables relacionadas con los aspectos generales del resumen en la revista *Actas Urológicas Españolas*.

Variable	Sin diferenciar estructura	Resumen estructurado	Resumen no estructurado
v01	No difieren (H(11)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(11)=NaN, p=NaN>0.059)	No difieren (H(9)=NaN, p=NaN>0.05)
v02	Sí difieren (H(11)=47.6, p=1.69e-06<0.05)	No difieren (H(11)=12.4, p=0.336>0.05)	No difieren (H(9)=1.88, p=0.993>0.05)

v03	Sí difieren (H(11)=549, p=1.11e-110<0.05)	Sí difieren (H(11)=77.4, p=4.61e-12<0.05)	Sí difieren (H(9)=470, p=1.76e-95<0.05)
v04	No difieren (H(11)=18.5, p=0.0712>0.05)	No difieren (H(11)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(9)=15.6, p=0.0758>0.05)
v05	No difieren (H(11)=18.5, p=0.0712>0.05)	No difieren (H(11)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(9)=15.6, p=0.0758>0.05)
v06	Sí difieren (H(12)=85.8, p=1.1e-13<0.05)	Sí difieren (H(11)=83, p=3.87e-13<0.05)	No difieren (H(9)=NaN, p=NaN>0.05)
v07	Sí difieren (H(11)=361, p=9.54e-71<0.05)	Sí difieren (H(11)=41.7, p=0.000018<0.05)	Sí difieren (H(9)=383, p=6.54e-77<0.05)

Tabla 66. Evolución en el tiempo de los aspectos generales en *Actas Urológicas Españolas*. Fuente: elaboración propia

En variables como la número 1 –relación de la estructura del resumen con la del metamodelo propuesto para resumen de caso clínico- la variable 4 –composición en un solo párrafo- y la variable 5 –composición en varios párrafos- no se aprecian diferencias significativas a través de los años ni cuando no distinguimos entre los tipos de resúmenes ni cuando sí lo hacemos, por lo que podemos decir que no existe una tendencia clara de presencia o no de estas variables en los resúmenes estudiados a lo largo del tiempo.

En cambio, observamos que hay otra serie de variables en las que sí aparecen diferencias significativas en relación a su presencia a lo largo de los años, tanto cuando no distinguimos entre tipos de resúmenes como cuando sí lo hacemos.

El caso de la variable 2 –relación de la estructura del resumen con la del caso clínico- es un ejemplo de ello. Las diferencias las encontramos cuando no diferenciamos la estructura del resumen. Si comparamos el año 2011 con todos los anteriores (que es donde aparece un valor p-valor<0.05) observamos que para todas las revistas analizadas de ese año se obtiene una respuesta afirmativa de presencia en relación a esta variable, tendencia muy contraria a los anteriores donde predominan las respuestas negativas.

En la variable 3 –localización del resumen entre el título y el texto del documento original- las diferencias se centran en los tres escenarios de estudio que proponemos: sin diferenciar la estructura del resumen, resúmenes estructurados y resúmenes no estructurados. En los tres casos, existe una tendencia clara entre los años 2000 y 2002 y de 2003 a 2011, si bien es cierto que en el caso de los resúmenes estructurados es menos clara que en los otros dos escenarios.

En relación con la variable 6 –aparición de la estructura de forma explícita- las diferencias encontradas se incluyen cuando no hacemos distinción entre los tipos de

resúmenes a lo largo de los años y cuando estudiamos los resúmenes estructurados. En el primero de los casos, se observa una diferencia significativa entre el año 2011 y todos los demás, salvo con 2009; mientras, en el segundo de los casos, la diferencia la encontramos entre el año 2001 y todos los demás, a excepción de 2008 y 2012.

En los tres escenarios de estudio propuestos existen diferencias relacionadas con la variable 7, variable que reúne a todas las anteriores relacionadas con los aspectos generales. Cuando no diferenciamos la estructura del resumen vemos que los años de 2000 a 2002 van de la mano y que de 2003 a 2011 se actúa de la misma manera. En el segundo de los casos, cuando analizamos los resúmenes estructurados, el único año que se desmarca de todos los demás es 2001, que difiere significativamente con los años 2003 y 2004, 2006 y 2007 y 2009; y cuando analizamos los resúmenes no estructurados de 2000 a 2002 y de 2003 a 2009 actúan de igual forma.

IV.5.2. Objetivos/Tema

Para analizar la evolución de la *move* relacionada con la presencia de los objetivos y el tema principal en el resumen haremos las mismas cuatro partes mencionadas en los aspectos generales analizados para presentar los resultados encontrados de una forma clara y lógica. Analizaremos la evolución de los resúmenes, en primer lugar, sin distinguir entre las revistas recogidas en nuestro estudio para, posteriormente, realizar el mismo análisis en cada una de las publicaciones.

(Vid. Anexo IV tablas 37-53, págs. 596-604)

IV.5.2.1. Sin diferenciar revistas

En el siguiente cuadro resumen se muestran si existen o no diferencias significativas en la evolución a lo largo de los años del estudio -2000-20012- de cada una de las variables relacionadas con la presencia en el resumen del objetivo y el tema del caso clínico en el resumen sin diferenciar entre revistas.

Variable	Sin diferenciar estructura	Resumen estructurado	Resumen no estructurado
v08	No difieren (H(12)=19.1 p=0.0858>0.05)	No difieren (H(12)=6.71, p=0.876>0.05)	No difieren (H(12)=20.2, p=0.0632>0.05)
v09	Sí difieren (H(12)=29.5, p=0.00333<0.05)	No difieren (H(12)=10.6, p=0.565>0.05)	Sí difieren (H(12)=37.2, p=0.000208<0.05)

v10	Sí difieren (H(12)=37.4, p=0.000195>0.05)	No difieren (H(12)=18.1, p=0.112>0.05)	No difieren (H(12)=12.8, p=0.385>0.05)
v11	No difieren (H(12)=18.2, p=0.11>0.05)	No difieren (H(12)=13.5, p=0.332>0.05)	No difieren (H(12)=17.5, p=0.132>0.05)
v12	Sí difieren (H(12)=23.7, p=0.0221<0.05)	No difieren (H(12)=19.2, p=0.0849>0.05)	No difieren (H(12)=19.7, p=0.0724>0.05)
v13	Sí difieren (H(12)=21.4, p=0.0442<0.05)	No difieren (H(12)=16.1, p=0.186>0.05)	No difieren (H(12)=16.4, p=0.172>0.05)

Tabla 67. Evolución en el tiempo de la *move* de objetivos/tema sin diferenciar entre revistas. Fuente: elaboración propia

A partir de la tabla observamos que hay variables en las que no existen diferencias a lo largo de los años; este es el caso de la variable 8 –inclusión de antecedentes sobre el tema expuesto en el caso- y la variable 11 –reproducción de objetivos secundarios.

Del resto de variables enmarcadas dentro de esta *move* sí que encontramos diferencias en ellas a través de los años de nuestro estudio. En la variable 9 –distinción del objetivo principal del o de los secundarios- por ejemplo, sí se aprecian diferencias pero tras el análisis de los años dos a dos no podemos establecer una diferencia significativa o una tendencia clara (salvo la diferencia significativa entre 2001 y 2007). Esto sucede cuando no diferenciamos entre la estructura del resumen y cuando analizamos sólo los resúmenes no estructurados.

En la variable 10 –aparición del objetivo de forma explícita- las diferencias las encontramos cuando no hacemos distinción entre tipos de resúmenes; aunque sí difieren al comparar entre años no encontramos ningún p-valor menor de 0.05 por lo que no podemos afirmar que haya una tendencia clara de comportamiento en la misma.

La variable 12 –aparición del problema de salud y su importancia- presenta diferencias solamente cuando no hacemos distinción en la estructura del resumen, aunque la diferencia entre los años no es tan significativa como para poder establecer una tendencia en el uso de la misma a lo largo del tiempo. Esto se repite en la variable 13, variable relacionada con la suma de todas las relacionadas con la mención del objetivo en los resúmenes.

IV.5.2.2. Acta Cardiologica

En el siguiente cuadro resumen se muestran si existen o no diferencias significativas en la evolución a lo largo de los años del estudio -2000-20012- de cada una de las variables relacionadas con la presencia en el resumen del objetivo y tema del caso clínico en el resumen en la revista *Acta Cardiologica*.

Variable	Sin diferenciar estructura	Resumen estructurado	Resumen no estructurado
v08	Sí difieren (H(12)=27.9, p=0.00578<0.05)	No difieren (H(5)=5.11, p=0.403>0.05)	Sí difieren (H(12)=29.2, p=0.00366<0.05)
v09	Sí difieren (H(12)=44.3, p=0.0000138>0.05)	No difieren (H(5)=NaN, p=NaN>0.05)	Sí difieren (H(12)=54, p=2.47e-07<0.05)
v10	Sí difieren (H(12)=37.2, p=0.000206>0.05)	No difieren (H(5)=11, p=0.0514>0.05)	No difieren (H(12)=19.7, p=0.0736>0.05)
v11	No difieren (H(12)=13.8, p=0.314>0.05)	No difieren (H(5)=1.57, p=0.905>0.05)	No difieren (H(12)=11.5, p=0.49>0.05)
v12	No difieren (H(12)=8.08, p=0.779>0.05)	No difieren (H(5)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=8.49, p=0.745>0.05)
v13	Sí difieren (H(12)=24.2, p=0.0192<0.05)	No difieren (H(5)=11, p=0.0514>0.05)	Sí difieren (H(12)=30.2, p=0.00262>0.05)

Tabla 68. Evolución en el tiempo de la *move* objetivos /tema en *Acta Cardiologica*. Fuente: elaboración propia

Este cuadro resumen nos ofrece las variables que no difieren significativamente a lo largo de los años; ejemplo de esto son la número 11 –aparición de objetivos secundarios- y la variable 12 –mención del problema de salud y su importancia.

En la variable 8 –inclusión de antecedentes sobre el tema expuesto en el caso- ya mencionando las variables en las que se han observado diferencias a lo largo de los años, podemos ver que dichas diferencias se centran cuando no distinguimos entre estructuras del resumen y, por otro lado, cuando hablamos de resúmenes no estructurados. Pese a aparecer diferenciar, y después de comparar los años dos a dos, no se aprecia ninguna tendencia clara, o que las diferencias sean significativas, salvo entre los años 2000 y 2003. Este mismo ocurre en la variable 9 –distinción del objetivo principal del o de los secundarios, aunque existe una diferencia significativa en los resúmenes no estructurados del año 2007 frente a los del año 2012.

La variable 10 –aparición del objetivo de forma explícita- sólo encuentra diferencias en relación a cuando no distinguimos entre el tipo de estructura del resumen.

En este caso, pese a la presencia de dichas diferencias, no hay valores menores de 0.05 entre los años, salvo entre 2007 y 2012 –como en la anterior variable-, por lo que no podemos establecer ninguna tendencia en ellos.

La variable que reúne a todas las relacionadas con la presencia del objetivo del caso en el resumen –variable 13- presenta diferencias tanto cuando no se distingue la estructura del resumen como cuando hablamos solamente de resúmenes no estructurados, aunque las diferencias entre los años no son tan significativas como para hablar de una tendencia de comportamiento en los resúmenes a lo largo de los años; la única diferencia significativa que encontramos es entre 2000 y 2003.

IV.5.2.3. *Acta Clinica Belgica*

En el siguiente cuadro resumen se muestran si existen o no diferencias significativas en la evolución a lo largo de los años del estudio -2000-20012- de cada una de las variables relacionadas con la presencia en el resumen del objetivo y tema del caso clínico en el resumen en la revista *Acta Clinica Belgica*.

Variable	Sin diferenciar estructura	Resumen estructurado	Resumen no estructurado
v08	No difieren (H(12)=15.5, p=0.213>0.05)	No difieren (H(6)=5.93, p=0.431>0.05)	No difieren (H(12)=13, p=0.37>0.05)
v09	No difieren (H(12)=10.5, p=0.568>0.05)	No difieren (H(6)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=11.2, p=0.51>0.05)
v10	No difieren (H(12)=12.6, p=0.399>0.05)	No difieren (H(6)=3.95, p=0.683>0.05)	No difieren (H(12)=7, p=0.858>0.05)
v11	No difieren (H(12)=16.5, p=0.169>0.05)	No difieren (H(6)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=17.3, p=0.14>0.05)
v12	No difieren (H(12)=17.7, p=0.126>0.05)	No difieren (H(6)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=17.7, p=0.125>0.05)
v13	No difieren (H(12)=10.3, p=0.586>0.05)	No difieren (H(6)=4.83, p=0.565>0.05)	No difieren (H(12)=7.72, p=0.807>0.05)

Tabla 69. Evolución en el tiempo de la *move* objetivos /tema en *Acta Clinica Belgica*. Fuente: elaboración propia

Como podemos ver en ninguna de las variables relacionadas con los objetivos y el tema aparece una diferencia significativa en su evolución a través de los años en esta publicación; dichas variables, a modo de recordatorio son: variable 8, inclusión de

antecedentes sobre el tema desarrollado en el caso; variable número 9, es decir, la distinción entre el objetivo principal del trabajo del o de los secundarios cuando los hay; variable 10 o aparición del objetivo de forma explícita; variable 11, reproducción de los objetivos secundarios; variable 12, aparición del problema de salud y su importancia; y variable 13, que es la que reúne a todas las relacionadas con la mención del objetivo o tema.

IV.5.2.4. *Actas Urológicas Españolas*

En el siguiente cuadro resumen se muestran si existen o no diferencias significativas en la evolución a lo largo de los años del estudio -2000-20012- de cada una de las variables relacionadas con la presencia en el resumen del objetivo y tema del caso clínico en el resumen en la revista *Actas Urológicas Españolas*.

Variable	Sin diferenciar estructura	Resumen estructurado	Resumen no estructurado
v08	No difieren (H(11)=7.01, p=0.799>0.05)	No difieren (H(11)=0.757, p=0.757>0.05)	No difieren (H(9)=6.86, p=0.652>0.05)
v09	No difieren (H(11)=13.6, p=0.255>0.05)	No difieren (H(11)=7.71, p=0.739>0.05)	No difieren (H(9)=12, p=0.212>0.05)
v10	Sí difieren (H(11)=26.9, p=0.0047<0.05)	Sí difieren (H(11)=22.5, p=0.0208<0.05)	Sí difieren (H(9)=23.7, p=0.00473<0.05)
v11	No difieren (H(11)=16.4, p=0.125>0.05)	No difieren (H(11)=15.9, p=0.144>0.05)	No difieren (H(9)=7.51, p=0.584>0.05)
v12	Sí difieren (H(11)=26.1, p=0.00633<0.05)	No difieren (H(11)=16.5, p=0.123>0.05)	Sí difieren (H(9)=17.8, p=0.0371<0.05)
v13	No difieren (H(11)=12.2, p=0.348>0.05)	No difieren (H(11)=10.5, p=0.484>0.05)	No difieren (H(9)=8.73, p=0.463>0.05)

Tabla 70. Evolución en el tiempo de la *move* objetivos /tema en *Actas Urológicas Españolas*. Fuente: elaboración propia

En esta publicación, y relacionadas con los objetivos y el tema del caso expuesto en el resumen, las variables en las que no se aprecian diferencias significativas son: variable 8 o inclusión de antecedentes del tema expuesto en el caso; variable 9, distinción del objetivo principal del trabajo del o de los secundarios si los hay; variable 11, esto es, aparición de los objetivos secundarios; y variable 13, o agrupación de las anteriores relacionadas con esta *move*.

La variable 10 –aparición explícita del objetivo- presenta diferencias en los tres escenarios de estudio propuestos, pero esas diferencias no indican, puesto que la comparación entre años da valores superiores a 0.05, que haya una tendencia en la presencia de la misma en los resúmenes a través de los años. Esto mismo sucede con la variable 12 –aparición del problema de salud y su importancia- aunque sólo en dos de los escenarios: sin distinguir la estructura del resumen y cuando hablamos de resúmenes estructurados.

IV.5.3. Metodología/Pacientes

Para analizar la evolución de la información presentada sobre los pacientes en los resúmenes, información que forma parte de la *move* relacionada con la metodología, también utilizaremos las cuatro partes que hemos empleado hasta ahora. Analizaremos la evolución de los resúmenes, en primer lugar, sin distinguir entre las revistas recogidas en nuestro estudio para, posteriormente, realizar el mismo análisis en cada una de las publicaciones.

(Vid. Anexo IV tablas 54-76, págs. 605-616)

IV.5.3.1. Sin diferenciar revistas

En el siguiente cuadro resumen se muestran si existen o no diferencias significativas en la evolución a lo largo de los años del estudio -2000-20012- de cada una de las variables relacionadas con la presencia en el resumen de información sobre los pacientes sin diferenciar entre revistas.

Variable	Sin diferenciar estructura	Resumen estructurado	Resumen no estructurado
v14	Sí difieren (H(12)=22, p=0.0374<0.05)	No difieren (H(12)=17.2, p=0.144>0.05)	Sí difieren (H(12)=0.0191, p=0.0191<0.05)
v15	No difieren (H(12)=12.2, p=0.432>0.05)	No difieren (H(12)=9.7, p=0.642>0.05)	No difieren (H(12)=12.6, p=0.398>0.05)
v16	Sí difieren (H(12)=34.9, p=0.000494<0.05)	No difieren (H(12)=12.5, p=0.403>0.05)	Sí difieren (H(12)=33.3, p=0.000884<0.05)
v17	Sí difieren (H(12)=35.8, p=0.000127<0.05)	No difieren (H(12)=16.1, p=0.187>0.05)	Sí difieren (H(12)=36.8, p=0.000243<0.05)

v18	No difieren (H(12)=15.9, p=0.195>0.05)	No difieren (H(12)=14.2, p=0.288>0.05)	Sí difieren (H(12)=21.7, p=0.0406<0.05)
v19	Sí difieren (H(12)=25.9, p=0.0113<0.05)	No difieren (H(12)=13.3, p=0.344>0.05)	Sí difieren (H(12)=23.7, p=0.0224<0.05)

Tabla 71. Evolución en el tiempo de la información relacionada con los pacientes (metodología) sin diferenciar entre revistas. Fuente: elaboración propia

Entre las variables en las que no se aprecian diferencias significativas en ninguno de los escenarios propuestos para analizar los resultados sólo encontramos una, la variable 15, relacionada con la descripción de las características, el contexto y los aspectos primarios del paciente. En el resto de variables sí que encontramos diferencias en unos u otros escenarios.

En la variable 14 –indicación del número de pacientes- las diferencias las encontramos cuando no distinguimos entre la estructura del resumen y cuando hablamos de resúmenes estructurados, aunque esas diferencias, en ambos casos, a lo largo de los años, y después de ir comparándolos dos a dos, no son suficientes para establecer una tendencia en el comportamiento de la misma en los resúmenes.

La variable 16 –información sobre el sexo del paciente, centra sus diferencias en los resúmenes sin distinguir en su estructura y, también, en los resúmenes no estructurados. En el primer caso las diferencias encontradas no son suficientes para hablar de tendencia de esta variable a lo largo de los años, aunque sí que podemos ver, después de la comparación de los años dos a dos, que el año 2001 mantiene diferencias significativas con 2008 y 2009. En el segundo de los casos sucede lo mismo aunque las diferencias del año 2001 son, esta vez, con el año 2010.

En la variable 17 –información sobre la edad del paciente- observamos sólo diferencias significativas cuando no diferenciamos entre resúmenes y en el caso de los 2010 y 2011 con los años 2001 y 2002, aunque no quiere decir que exista una tendencia clara del comportamiento de la misma a lo largo de los años. Cuando se trata de los resúmenes no estructurados las diferencias las encontramos sólo en 2010 si lo comparamos con los resúmenes de los años 2001 y 2002.

Las únicas diferencias relacionadas con el comportamiento de la variable 18 – características demográficas comunes- aparecen cuando hablamos de los resúmenes estructurados, aunque dichas diferencias no son tan significativas (inferiores a 0.05) como para poder establecer una tendencia de la misma.

La última de las variables relacionada con la información sobre los pacientes, la variable 19 –que es la que resume todas las anteriores- presenta diferencias cuando no se distingue entre tipos de resúmenes y cuando se habla sólo de los resúmenes

estructurados. En ambos casos estas diferencias no son tan significativas como para poder establecer un patrón de comportamiento de la misma a través de los años.

IV.5.3.2. *Acta Cardiologica*

En el siguiente cuadro resumen se muestran si existen o no diferencias significativas en la evolución a lo largo de los años del estudio -2000-20012- de cada una de las variables relacionadas con la presencia en el resumen de información sobre los pacientes en la revista *Acta Cardiologica*.

Variable	Sin diferenciar estructura	Resumen estructurado	Resumen no estructurado
v14	No difieren (H(12)=8.41, p=0.752>0.05)	No difieren (H(5)=5.34, p=0.375>0.05)	No difieren (H(12)=8.18, p=0.771>0.05)
v15	Sí difieren (H(12)=67.9, p=7.97e-10<0.05)	No difieren (H(5)=4.71, p=0.452>0.05)	Sí difieren (H(12)=69.2, p=4.47e-10<0.05)
v16	No difieren (H(12)=19.9, p=0.0683>0.05)	No difieren (H(5)=7.46, p=0.188>0.05)	No difieren (H(12)=19.1, p=0.0868>0.05)
v17	Sí difieren (H(12)=26.1, p=0.0102<0.05)	No difieren (H(5)=7.46, p=0.188>0.05)	Sí difieren (H(12)=25.9, p=0.011<0.05)
v18	Sí difieren (H(12)=28, p=0.00556<0.05)	No difieren (H(5)=5.61, p=0.346>0.05)	Sí difieren (H(12)=25.4, p=0.013<0.05)
v19	No difieren (H(12)=14.8, p=0.254>0.05)	No difieren (H(5)=8.81, p=0.117>0.05)	No difieren (H(12)=15.1, p=0.234>0.05)

Tabla 72. Evolución en el tiempo de la información relacionada con los pacientes (metodología) en *Acta Cardiologica*. Fuente: elaboración propia

Observando este cuadro resumen podemos extraer que hay variables en las que no existen diferencias cuando hablamos de su evolución a lo largo de los años; entre esas variables encontramos la número 14 –indicación del número de pacientes-, la variable 16 –información sobre el sexo del paciente- y la variable 19, es decir, aquella que agrupa a todas las variables relacionadas con la presencia de información sobre el paciente en el resumen.

En relación a la variable 15 –descripción de las características, el contexto y los aspectos primarios del paciente- encontramos diferencias cuando hablamos de los resúmenes sin distinguir entre su estructura y cuando analizamos los resúmenes no estructurados. En el primero de los casos vemos que el año 2012 se desmarca del comportamiento de los anteriores años, concretamente hasta el año 2005; en el segundo,

por su parte, junto con el año 2012, también el año 2011 ofrece un comportamiento distinto del resto de años que le preceden (hasta 2005), suponiendo, por tanto, un cambio en relación a esta variable en los resúmenes no estructurados en los dos últimos años analizados.

Las diferencias encontradas en la variable 17 –información sobre la edad del paciente- no son tan significativas, ni cuando hablamos de los resúmenes en su conjunto sin distinguir entre distintos tipos de resúmenes ni cuando hablamos de los resúmenes estructurados, como para hablar de una tendencia clara a lo largo de los años en relación a esta variable. Lo mismo sucede con la variable 18, características demográficas comunes.

IV.5.3.3. *Acta Clinica Belgica*

En el siguiente cuadro resumen se muestran si existen o no diferencias significativas en la evolución a lo largo de los años del estudio -2000-20012- de cada una de las variables relacionadas con la presencia en el resumen de información sobre los pacientes en la revista *Acta Clinica Belgica*.

Variable	Sin diferenciar estructura	Resumen estructurado	Resumen no estructurado
v14	No difieren (H(12)=13.6, p=0.328>0.05)	No difieren (H(6)=3.73, p=0.714>0.05)	No difieren (H(12)=13, p=0.372>0.05)
v15	No difieren (H(12)=20.4, p=0.0603>0.05)	No difieren (H(6)=6.94, p=0.326>0.05)	No difieren (H(12)=20, p=0.0667>0.05)
v16	No difieren (H(12)=14.4, p=0.278>0.05)	No difieren (H(6)=4.78, p=0.573>0.05)	No difieren (H(12)=13.6, p=0.33>0.05)
v17	No difieren (H(12)=8.71, p=0.727>0.05)	No difieren (H(6)=5.93, p=0.431>0.05)	No difieren (H(12)=8.52, p=0.744>0.05)
v18	No difieren (H(12)=18.8, p=0.0926>0.05)	No difieren (H(6)=7.45, p=0.281>0.05)	Sí difieren (H(12)=24.6, p=0.0169>0.05)
v19	No difieren (H(12)=9.28, p=0.679>0.05)	No difieren (H(6)=5.93, p=0.431>0.05)	No difieren (H(12)=10.3, p=0.587>0.05)

Tabla 73. Evolución en el tiempo de la información relacionada con los pacientes (metodología) en *Acta Clinica Belgica*. Fuente: elaboración propia

En esta publicación, y relacionadas con la información que se ofrece del paciente, encontramos variables en las que no existen diferencias significativas en su comportamiento a través de los años; ejemplos de esas variables son la número 14

(número de pacientes), la variable 15 (descripción de las características, el contexto y los aspectos primarios del paciente), la variable 16 y 17 (relacionadas con información sobre el sexo y la edad del paciente respectivamente) y la número 19, que resume la presencia o no de esta parte de la metodología en el resumen.

La única variable en la que encontramos diferencias a lo largo de los años es la número 18 –características demográficas comunes- aunque sólo lo hace en relación a los resúmenes no estructurados, pero no alcanzando valores para poder demostrar la existencia de una tendencia a través de los años.

IV.5.3.4. *Actas Urológicas Españolas*

En el siguiente cuadro resumen se muestran si existen o no diferencias significativas en la evolución a lo largo de los años del estudio -2000-20012- de cada una de las variables relacionadas con la presencia en el resumen de información sobre los pacientes en la revista *Acta Urológicas Españolas*.

Variable	Sin diferenciar estructura	Resumen estructurado	Resumen no estructurado
v14	Sí difieren (H(11)=25.8, p=0.00699<0.05)	No difieren (H(11)=14.2, p=0.224>0.05)	Sí difieren (H(9)=20.9, p=0.0129<0.05)
v15	Sí difieren (H(11)=23.9, p=0.0131<0.05)	No difieren (H(11)=14.5, p=0.209>0.05)	No difieren (H(9)=13.7, p=0.134>0.05)
v16	Sí difieren (H(11)=37.2, p=0.000107<0.05)	No difieren (H(11)=6.61, p=0.83>0.05)	Sí difieren (H(9)=31, p=0.000294<0.05)
v17	No difieren (H(11)=19.7, p=0.0502>0.05)	No difieren (H(11)=6.92, p=0.805>0.05)	No difieren (H(9)=10.8, p=0.292>0.05)
v18	No difieren (H(11)=16.3, p=0.13>0.05)	No difieren (H(11)=12.8, p=0.308>0.05)	No difieren (H(9)=10.2, p=0.336>0.05)
v19	Sí difieren (H(11)=28.5, p=0.00276<0.05)	No difieren (H(11)=12.6, p=0.322>0.05)	Sí difieren (H(9)=18.9, p=0.0259<0.05)

Tabla 74. Evolución en el tiempo de la información relacionada con los pacientes (metodología) en *Actas Urológicas Españolas*. Fuente: elaboración propia

Observando este cuadro resumen salta a la vista que existen algunas variables en las que no se aprecian diferencias significativas a través de los años en ninguna de los tres aspectos de nuestro estudio. De las seis variables, en dos de ella sucede esto: la variable 17, o información sobre la edad del paciente, y la variable 18, relacionada con las características demográficas comunes.

La variable 14 –indicación del número de pacientes- muestra diferencias cuando no distinguimos la estructura del resumen y cuando hablamos solamente de los resúmenes no estructurados. Sin embargo las diferencias, al superar el p-valor de 0.05, no muestran ninguna tendencia a lo largo de los años.

En la variable 15 –descripción de las características, el contexto y los aspectos primarios del paciente- las diferencias se centran en los resúmenes cuando no hacemos distinción entre estructurado y no estructurado, aunque estas diferencias no son suficientes para establecer una tendencia de la misma a lo largo de los años, aunque sí que se aprecia una diferencia significativa entre los resúmenes de 2005 y los de 2012

La variable 16 –sexo del paciente- ofrece diferencias cuando no distingue entre la estructura del resumen y cuando sólo hablamos de los resúmenes no estructurados. En el primero de los casos las diferencias no marcan tendencia aunque si bien es cierto que se aprecia una diferencia entre el año 2009 y los años que van de 2000 a 2002, y entre el año 2000 y 2008. Por su parte, cuando tratamos los resúmenes no estructurados las diferencias, que tampoco llegan a convertirse en tendencia a través de los años, se centran en el año 2009 y los años que van de 2000 a 2003 y entre el 2008 y los años 2000 y 2001.

La variable 19 –que recoge a todas las variables relacionadas con la información de los pacientes, presenta diferencias cuando no distinguimos entre tipos de resúmenes y cuando analizamos los resúmenes no estructurados, pero no son tan significativas como para poder establecer un patrón de comportamiento de esta parte de la metodología a través de los años, aunque si bien es cierto que en el primero de los casos existe una diferencia significativa entre los resúmenes del año 2009 y los de 2002.

IV.5.4. Metodología/Intervención

Para analizar la evolución de la información presentada sobre la intervención efectuada sobre los pacientes en los resúmenes, y que forma parte de la *move* relacionada con la metodología, también utilizaremos las cuatro partes que hemos empleado hasta ahora. Analizaremos la evolución de los resúmenes, en primer lugar, sin distinguir entre las revistas recogidas en nuestro estudio para, posteriormente, realizar el mismo análisis en cada una de las publicaciones.

(Vid. Anexo IV tablas 77-98, págs. 616-627)

IV.5.4.1. Sin diferenciar revistas

En el siguiente cuadro resumen se muestran si existen o no diferencias significativas en la evolución a lo largo de los años del estudio -2000-20012- de cada una de las variables relacionadas con la presencia en el resumen de información sobre la intervención efectuada en el paciente sin diferenciar entre revistas.

Variable	Sin diferenciar estructura	Resumen estructurado	Resumen no estructurado
v20	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)
v21	Sí difieren (H(12)=44.5, p=0.0000127<0.05)	Sí difieren (H(12)=22.1, p=0.036<0.05)	No difieren (H(12)=11.5, p=0.487>0.05)
v22	No difieren (H(12)=7.78, p=0.802>0.05)	No difieren (H(12)=5.3, p=0.947>0.05)	No difieren (H(12)=6.69, p=0.877>0.05)
v23	No difieren (H(12)=18.9, p=0.0905>0.05)	No difieren (H(12)=18.4, p=0.104>0.05)	No difieren (H(12)=20.1, p=0.0655>0.05)
v24	Sí difieren (H(12)=27.5, p=0.00648<0.05)	No difieren (H(12)=18.3, p=0.106>0.05)	Sí difieren (H(12)=23.4, p=0.0245<0.05)
v25	No difieren (H(12)=21, p=0.0502>0.05)	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=20, p=0.0678>0.05)
v26	No difieren (H(12)=14.1, p=0.291>0.05)	No difieren (H(12)=17.3, p=0.139>0.05)	No difieren (H(12)=12.9, p=0.374>0.05)
v27	Sí difieren (H(12)=39.6, p=0.000084<0.05)	No difieren (H(12)=14.2, p=0.287>0.05)	Sí difieren (H(12)=37, p=0.00022<0.05)
v28	No difieren (H(12)=19.8, p=0.0718>0.05)	Sí difieren (H(12)=23.5, p=0.024<0.05)	No difieren (H(12)=14.6, p=0.264>0.05)
v29	No difieren (H(12)=7.36, p=0.833>0.05)	No difieren (H(12)=5.02, p=>0.05)	No difieren (H(12)=6.18, p=0.907>0.05)
v30	No difieren (H(12)=16.9, p=0.152>0.05)	No difieren (H(12)=15.6, p=0.21>0.05)	No difieren (H(12)=15.4, p=0.218>0.05)

Tabla 75. Evolución en el tiempo de la información relacionada con la intervención efectuada en los pacientes (metodología) en sin diferenciar entre revistas. Fuente: elaboración propia

Como se desprende de este cuadro resumen hay variables en las que no se aprecian diferencias significativas a lo largo de los años en ninguna de las partes en las que hemos dividido los resultados para una mejor comprensión de los datos. Esas variables son: variable 20, relacionada con la especificación del tipo de trabajo efectuado; variable 22, es decir, información sobre la duración del estudio; variable 23 o información sobre la descripción de la intervención; variable 25, esto es, indicación del

nivel de cuidado; variable 26 o diagnóstico; variable 29, es decir, utilización de nombres comunes o sinónimos; y variable 30, o variable resumen de todas las anteriores que conforman la información sobre la intervención efectuada en el paciente.

En el resto de variables sí que se observa una diferencia significativa en su evolución a lo largo de los años, aunque hemos de decir que dichas variables no observan diferencias en todos los escenarios propuestos: sin diferenciar estructura de resumen ni revista, resumen estructurado y resumen no estructurado.

La variable 21 –explicación del diseño del estudio- sólo aprecia diferencias cuando hablamos de los resúmenes sin diferenciar ni estructura ni revista, aunque hemos de decir que no son tan significativas, después de realizar los cálculos pertinentes, por lo que no son suficientes para crear una tendencia en el comportamiento de la misma a través de los años.

En la variable 24 –descripción de los métodos usados para los cuidados del paciente- aparecen diferencias cuando hablamos de resúmenes sin distinguir entre su estructura y cuando analizamos los resúmenes no estructurados. En ambos casos, aunque hay diferencias, no son suficientemente significativas para mostrar un modelo de comportamiento a lo largo de los años, si bien es cierto que en el primero de los casos sí que se aprecia una diferencia fuerte, cuando efectuamos los cálculos oportunos, entre los resúmenes de 2008 y los de 2011. Este mismo comportamiento lo observamos en la variable 27 –explicación de los criterios de valoración de pruebas diagnósticas: cuando observamos los resúmenes sin distinguir entre su estructura, aunque no encontramos ninguna tendencia clara, sí que hay grandes diferencias entre los resúmenes del año 2005 en relación con los de 2010, 2011 y 2012.

La última variable en la que encontramos diferencias es la número 28 –uso de descriptores técnicos- relacionadas éstas con los resúmenes estructurados, aunque dichas diferencias no constituyen tampoco una tendencia de comportamiento a lo largo de los años.

IV.5.4.2. *Acta Cardiologica*

En el siguiente cuadro resumen se muestran si existen o no diferencias significativas en la evolución a lo largo de los años del estudio -2000-20012- de cada una de las variables relacionadas con la presencia en el resumen de información sobre las intervención efectuada en el paciente en la revista *Acta Cardiologica*.

Variable	Sin diferenciar estructura	Resumen estructurado	Resumen no estructurado
v20	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(5)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)
v21	Sí difieren (H(12)=53.1, p=8.3e-07<0.05)	No difieren (H(5)=5.76, p=0.33>0.05)	No difieren (H(12)=12.4, p=0.411>0.05)
v22	No difieren (H(12)=9.93, p=0.622>0.05)	No difieren (H(5)=1.57, p=0.905>0.05)	No difieren (H(12)=6.14, p=0.909>0.05)
v23	No difieren (H(12)=12.7, p=0.39>0.05)	No difieren (H(5)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=16.6, p=0.167>0.05)
v24	Sí difieren (H(12)=25.8, p=0.0115<0.05)	No difieren (H(5)=7.46, p=0.188>0.05)	Sí difieren (H(12)=25.2, p=0.014<0.05)
v25	No difieren (H(12)=10.1, p=0.606>0.05)	No difieren (H(5)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=9.69, p=0.643>0.05)
v26	No difieren (H(12)=10.6, p=0.565>0.05)	No difieren (H(5)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=10.8, p=0.549>0.05)
v27	Sí difieren (H(12)=29.8, p=0.00296<0.05)	No difieren (H(5)=11, p=0.0514>0.05)	Sí difieren (H(12)=32.4, p=0.00121<0.05)
v28	Sí difieren (H(12)=40.2, p=0.0000672<0.05)	No difieren (H(5)=11, p=0.0514>0.05)	Sí difieren (H(12)=40.4, p=0.0000606<0.05)
v29	Sí difieren (H(12)=23.9, p=0.0207<0.05)	No difieren (H(5)=5.11, p=0.403>0.05)	Sí difieren (H(12)=26.2, p=0.0102<0.05)
v30	No difieren (H(12)=18.1, p=0.113>0.05)	No difieren (H(5)=5.37, p=0.372>0.05)	No difieren (H(12)=20.8, p=0.0528<0.05)

Tabla 76. Evolución en el tiempo de la información relacionada con la intervención efectuada en los pacientes (metodología) en *Acta Cardiológica*. Fuente: elaboración propia

Ausencia de diferencias entre las variables a lo largo de los años de nuestro estudio, en cada una de las posibilidades propuestas, la podemos ver en: la variable 20, relacionada con la especificación del tipo de trabajo efectuado; la variable 22, es decir, información sobre la duración del estudio; la variable 23 o información sobre la descripción de la intervención; la variable 25, esto es, indicación del nivel de cuidado; la variable 26 o diagnóstico; y la variable 30, o variable resumen de todas las anteriores que conforman la información sobre la intervención efectuada en el paciente.

En la variable 21 –explicación del diseño del estudio- se observa una diferencia cuando hablamos de los resúmenes sin distinguir entre su tipo, aunque como ha ocurrido en otras ocasiones no son tan significativas como para ver una tendencia clara de comportamiento a lo largo de los años, aunque si bien es cierto que es el año 2007 el que manifiesta diferencias notables en su comparación con el resto de los mismos.

En relación con la variable 24 –la descripción de los métodos usados para el cuidado del paciente- y la variable 27 –explicación de los criterios de valoración de las pruebas diagnósticas- las diferencias se centran en los resúmenes cuando no los separamos por su estructura y cuando analizamos sólo los resúmenes no estructurados, aunque esas diferencias, como en la anterior variable analizada, no aclaran si hay o no una tendencia de comportamiento de la misma a lo largo de los años.

El uso de descriptores técnicos –variable 28- contiene diferencias en relación a los resúmenes cuando no diferenciamos su estructura y a los resúmenes no estructurados. En ambos casos, pese a no existir una tendencia de comportamiento de la misma a lo largo de los años –pese a las diferencias encontradas- sí que vemos una diferencia clara y marcada entre los resúmenes de 2000 y 2001 y de 2000 y el intervalo que va entre 2007 y 2012, aunque, como hemos dicho, sin constituir ninguna tendencia de comportamiento.

Por su parte, en el uso de nombres comunes o sinónimos –variable 29- no se aprecia a lo largo de los años ninguna tendencia clara de comportamiento, puesto que las diferencias no son muy significativas entre los años analizados, aunque sí que se observa una diferencia fuerte entre los resúmenes, en el caso de no diferenciarlos por su estructura y cuando se tratan de resúmenes no estructurados, entre los aparecidos en el año 2000 y los publicados en el año 2011.

IV.5.4.3. *Acta Clinica Belgica*

En el siguiente cuadro resumen se muestran si existen o no diferencias significativas en la evolución a lo largo de los años del estudio -2000-20012- de cada una de las variables relacionadas con la presencia en el resumen de información sobre la intervención efectuada sobre el paciente en la revista *Acta Clinica Belgica*.

Variable	Sin diferenciar estructura	Resumen estructurado	Resumen no estructurado
v20	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(6)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)
v21	No difieren (H(12)=12.6, p=0.402>0.05)	No difieren (H(6)=12, p=0.062>0.05)	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)
v22	No difieren (H(12)=8.46, p=0.749>0.05)	No difieren (H(6)=3.33, p=0.766>0.05)	No difieren (H(12)=9.72, p=0.64>0.05)
v23	No difieren (H(12)=18.7, p=0.0949>0.05)	No difieren (H(6)=5.81, p=0.445>0.05)	No difieren (H(12)=16.3, p=0.177>0.05)

v24	No difieren (H(12)=11.2, p=0.508>0.05)	No difieren (H(6)=3.33, p=0.766>0.05)	No difieren (H(12)=13.8, p=.314>0.05)
v25	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(6)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)
v26	No difieren (H(12)=16.6, p=0.167>0.05)	No difieren (H(6)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=17.2, p=0.141>0.05)
v27	No difieren (H(12)=13.3, p=0.346>0.05)	No difieren (H(6)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=12.9, p=0.376>0.05)
v28	No difieren (H(12)=15.6, p=0.212>0.05)	No difieren (H(6)=2.1, p=0.911>0.05)	No difieren (H(12)=16.8, p=0.157>0.05)
v29	No difieren (H(12)=12.7, p=0.39>0.05)	No difieren (H(6)=6.8, p=0.34>0.05)	No difieren (H(12)=15.3, p=0.223>0.05)
v30	No difieren (H(12)=15.6, p=0.208>0.05)	No difieren (H(6)=6.51, p=0.368>0.05)	No difieren (H(12)=15.2, p=0.228>0.05)

Tabla 77. Evolución en el tiempo de la información relacionada con la intervención efectuada en los pacientes (metodología) en *Acta Clinica Belgica*. Fuente: elaboración propia

Como se desprende de este cuadro resumen no se han encontrado diferencias significativas en ninguna de las variables relacionadas con la información sobre la intervención efectuada sobre el paciente entre los años 2000 y 2012 ni relacionadas con los resúmenes estructurados o los no estructurados ni con la visión conjunta de ambos tipos de resumen: variable 20, relacionada con la especificación del tipo de trabajo efectuado; variable 21, que explica el diseño del estudio; variable 22, es decir, información sobre la duración del estudio; variable 23 o información sobre la descripción de la intervención; variable 24, descripción de los métodos usados para los cuidados del paciente; variable 25, esto es, indicación del nivel de cuidado; variable 26 o diagnóstico; variable 27, o explicación de los criterios de valoración de las pruebas diagnósticas; variable 28, el uso de descriptores técnicos; variable 29, es decir, utilización de nombres comunes o sinónimos; y variable 30, o variable resumen de todas las anteriores y que ofrece una visión del conjunto de la intervención.

IV.5.4.4. *Actas Urológicas Españolas*

En el siguiente cuadro resumen se muestran si existen o no diferencias significativas en la evolución a lo largo de los años del estudio -2000-20012- de cada una de las variables relacionadas con la presencia en el resumen de información sobre la intervención efectuada en el paciente en la revista *Actas Urológicas Españolas*.

Variable	Sin diferenciar estructura	Resumen estructurado	Resumen no estructurado
v20	No difieren (H(11)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(11)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(9)=NaN, p=NaN>0.05)
v21	No difieren (H(11)=8.13, p=0.702>0.05)	No difieren (H(11)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(9)=7.77, p=0.558>0.05)
v22	Sí difieren (H(11)=23.5, p=0.0149<0.05)	No difieren (H(11)=9.62, p=0.565>0.05)	No difieren (H(9)=5.21, p=0.816>0.05)
v23	No difieren (H(11)=19, p=0.0606>0.05)	No difieren (H(11)=15.4, p=0.167>0.05)	No difieren (H(9)=13.8, p=0.131>0.05)
v24	Sí difieren (H(11)=103, p=4.49e-17<0.05)	Sí difieren (H(11)=24.4, p=0.011<0.05)	No difieren (H(9)=13.5, p=0.142>0.05)
v25	No difieren (H(11)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(11)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(9)=NaN, p=NaN>0.05)
v26	No difieren (H(11)=8.89, p=0.632>0.05)	No difieren (H(11)=14.2, p=0.22>0.05)	No difieren (H(9)=6.6, p=0.678>0.05)
v27	No difieren (H(11)=17.1, p=0.104>0.05)	No difieren (H(11)=12, p=0.366>0.05)	No difieren (H(9)=13.5, p=0.143>0.05)
v28	Sí difieren (H(11)=19.9, p=0.0474<0.05)	Sí difieren (H(11)=26.6, p=0.00536<0.05)	No difieren (H(9)=16.1, p=0.0648>0.059)
v29	No difieren (H(11)=11.9, p=0.372>0.05)	No difieren (H(11)=8.33, p=0.683>0.05)	No difieren (H(9)=13.2, p=0.152>0.05)
v30	Sí difieren (H(11)=31.2, p=0.00102<0.05)	No difieren (H(11)=15.8, p=0.148>0.05)	No difieren (H(9)=16.6, p=0.0555>0.05)

Tabla 78. Evolución en el tiempo de la información relacionada con la intervención efectuada en los pacientes (metodología) en *Actas Urológicas Españolas*. Fuente: elaboración propia

En esta publicación, las variables relacionadas con la descripción de la intervención efectuada sobre el paciente que no ofrecen diferencias significativas entre 2000 y 2012 en ninguno de los tipos de resúmenes, ni cuando hablamos de ellos sin diferenciar su estructura, son: la variable 20, relacionada con la especificación del tipo de trabajo efectuado; la variable 21, que muestra el diseño del estudio; la variable 23 o información sobre la descripción de la intervención; la variable 25, esto es, indicación del nivel de cuidado; la variable 26 o aparición del diagnóstico; la variable 27, explicación de los criterios de valoración de las pruebas diagnósticas; y la variable 29, es decir, utilización de nombres comunes o sinónimos.

En la variable 22 –información sobre la duración del estudio- sí se observan diferencias cuando hablamos de los resúmenes sin distinción de su estructura. No son tan significativas, cuando comparamos los años dos a dos, como para marcar una tendencia a lo largo de los años, aunque si bien es cierto que el año 2012 es el año en el

que más diferencias encontramos en relación a la comparación con otros años: 2000, 2001, 2002, 2004, 2007 y 2008.

Si analizamos la variable 24 –descripción de los métodos usados para el cuidado del paciente- apreciamos diferencias en los resúmenes cuando no los clasificamos por el tipo de estructura que tienen y cuando estudiamos, de manera separada, los resúmenes estructurados. En el primer caso, las diferencias son significativas entre unos años, reflejando así una tendencia clara: los resúmenes publicados entre 2000 y 2009 se comportan de la misma manera, y los que aparecen entre 2011 y 2012 se comportan de otra. Esto no ocurre, sin embargo, cuando observamos los resúmenes estructurados, que no obedecen a ninguna tendencia ni agrupación de los mismos.

Los resúmenes estructurados y aquellos en los que no se distingue por su estructura mantienen diferencias en relación a la variable 28, uso de descriptores técnicos. En el primero de los casos –resúmenes estructurados- las diferencias no son tan significativas como para poder establecer una tendencia de comportamiento a lo largo de los años; por su parte, en el segundo de los casos el fenómeno es el mismo en esta variable y también en la variable 30, aquella que reúne a todas las variables relacionadas con la descripción de la intervención efectuada en el paciente.

IV.5.5. Metodología/Medidas de variables

Para analizar la evolución de la última información que podemos incluir en la *move* de metodología, y que está relacionada con las medidas de variables, también utilizaremos las cuatro partes que hemos empleado hasta ahora. Analizaremos la evolución de los resúmenes, en primer lugar, sin distinguir entre las revistas recogidas en nuestro estudio para, posteriormente, realizar el mismo análisis en cada una de las publicaciones.

(Vid. Anexo IV tablas 99-111, págs. 627-633)

IV.5.5.1. Sin diferenciar revistas

En el siguiente cuadro resumen se muestran si existen o no diferencias significativas en la evolución a lo largo de los años del estudio -2000-2012- de cada una de las variables relacionadas con la presencia en el resumen de información sobre las medidas de variables en sin diferenciar entre revistas.

Variable	Sin diferenciar estructura	Resumen estructurado	Resumen no estructurado
v31	Sí difieren (H(12)=32.3, p=0.00124<0.05)	Sí difieren (H(12)=35.2, p=0.000438<0.05)	No difieren (H(12)=16.4, p=0.172>0.05)
v32	Sí difieren (H(12)=29, p=0.00396<0.05)	Sí difieren (H(12)=29.8, p=0.00297<0.05)	No difieren (H(12)=19.2, p=0.084>0.05)
v33	No difieren (H(12)=12.3, p=0.421>0.05)	Sí difieren (H(12)=35.3, p=0.000414<0.05)	No difieren (H(12)=11.8, p=0.46>0.05)
v34	Sí difieren (H(12)=32.2, p=0.0013<0.05)	Sí difieren (H(12)=35.1, p=0.000453<0.05)	No difieren (H(12)=16.4, p=0.173>0.05)

Tabla 79. Evolución en el tiempo de la información relacionada con la medida de variables (metodología) en sin diferenciar entre revistas. Fuente: elaboración propia

Como vemos, existen diferencias, a priori, significativas, en todas las variables relacionadas con las medidas de variables en los tres escenarios en los que hemos dividido el estudio cuando no diferenciamos entre revistas.

La variable 31 –información sobre las medidas- y la variable 32 –identificación de las variables de forma explícita- presentan diferencias cuando no distinguimos la estructura del resumen y cuando hablamos de los resúmenes estructurados. Tanto en la primera como en la segunda variable aparecen diferencias pero tras hacer las comparaciones entre años dos a dos, esas diferencias muestran que no son significativas y por tanto no podemos establecer una tendencia o modelo de actuación de las mismas a lo largo de los años, aunque sí podemos decir que en el caso de la primera variable, y en los dos escenarios comentados, las diferencias más acusadas se centran en el año 2007 con respecto de los anteriores. En el caso de la segunda de las variables ocurre lo mismo, aunque la diferencia más notable sólo se centra entre 2007 y 2009 cuando no tomamos el tipo de resumen como punto de atención y cuando analizamos sólo los resúmenes no estructurados.

En la variable 33 –ofrece la fuente de datos- sólo aparecen diferencias en los resúmenes estructurados, aunque no para mencionar que haya una tendencia de comportamiento en los resúmenes a lo largo del tiempo, observándose sólo una diferencia un poco más acusada entre los resúmenes de 2010 con los de los años 2001, 2003, 2004, 2006, 2007 y 2011.

La última de las variables, la número 34, que agrupa a todas las anteriores de esta parte, es un fiel reflejo de lo visto hasta ahora en relación con estas medidas de variables pues, aunque existen diferencias en los resúmenes cuando no distinguimos su tipo y en los resúmenes estructurados, no son suficientes ni tan fuertes como para poder

demostrar una tendencia a lo largo de los años, tras realizar los pertinentes cálculos, aunque sí que el año 2007 se distingue de los otros, en ambos casos, en cuanto tiene las diferencias más notables con el resto de los años, como hemos visto en el análisis de las anteriores variables.

IV.5.6.2. *Acta Cardiologica*

En el siguiente cuadro resumen se muestran si existen o no diferencias significativas en la evolución a lo largo de los años del estudio -2000-20012- de cada una de las variables relacionadas con la presencia en el resumen de información sobre las medidas de variables en la revista *Acta Cardiologica*.

Variable	Sin diferenciar estructura	Resumen estructurado	Resumen no estructurado
v31	Sí difieren (H(12)=42.4, p=0.0000287<0.05)	No difieren (H(5)=7.86, p=0.164>0.059)	Sí difieren (H(12)=33, p=0.000975<0.05)
v32	Sí difieren (H(12)=40, p=0.0000719<0.05)	No difieren (H(5)=5.61, p=.346>0.05)	Sí difieren (H(12)=37.8, p=0.000166<0.05)
v33	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(5)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)
v34	Sí difieren (H(12)=42.5, p=0.0000276<0.05)	No difieren (H(5)=7.35, p=0.196>0.05)	Sí difieren (H(12)=33.1, p=0.000941<0.05)

Tabla 80. Evolución en el tiempo de la información relacionada con la medida de variables (metodología) en *Acta Cardiologica*. Fuente: elaboración propia

De entre todas las variables, como se aprecia en el cuadro en el que hemos resumido los hallazgos, sólo hay una en la que no se aprecia ninguna diferencia significativa que indique un comportamiento de la variable a lo largo de los años en relación a los resúmenes estructurados, los no estructurados y al conjunto de los mismos, sin distinguir tipo de estructura; esa variable es la 33, es decir, la relacionada con la identificación de las fuentes de los datos. En el resto de ellas sí que se aprecian diferencias significativas que a continuación comentaremos.

La variable 31 –información sobre las medidas- presenta diferencias cuando no clasificamos los resúmenes por su estructura y cuando analizamos por separado los resúmenes no estructurados. En ambos casos, las diferencias no son tan significativas, tras realizar los cálculos oportunos, como para poder demostrar alguna tendencia, aunque lo que sí podemos mencionar es que donde más diferencias existen, en ambos casos, es en el año 2003 si lo comparamos con los años que van de 2009 a 2012, y en

2007 con respecto a esos mismos años (aunque en este año es sólo cuando analizamos los resúmenes sin tener en cuenta su estructura).

La variable 32 –identificación de las variables de forma explícita- coincide con la anterior en las partes en las que se encuentran las diferencias, que no llegan a ser significativas para demostrar una evolución a lo largo del tiempo, aunque hay dos años, 2003 y 2007 que mantienen una diferencia más fuerte con el intervalo entre 2009 y 2012, cuando hablamos de los resúmenes sin distinción de estructura, y sólo 2003 con ese mismo intervalo en el caso de resúmenes no estructurados. Este mismo fenómeno se da en la variable 34, la que resume todas las anteriores en relación a la medida de variables, en los mismos tipos de resúmenes y en los mismos años.

IV.5.7.3. *Acta Clinica Belgica*

En el siguiente cuadro resumen se muestran si existen o no diferencias significativas en la evolución a lo largo de los años del estudio -2000-20012- de cada una de las variables relacionadas con la presencia en el resumen de información sobre las medidas de variables en la revista *Acta Clinica Belgica*.

Variable	Sin diferenciar estructura	Resumen estructurado	Resumen no estructurado
v31	No difieren (H(12)=4.92, p=0.961>0.05)	No difieren (H(6)=5.5, p=0.481>0.05)	No difieren (H(12)=5.32, p=0.947>0.05)
v32	No difieren (H(12)=4.92, p=0.961>0.05)	No difieren (H(6)=5.5, p=0.481>0.059)	No difieren (H(12)=5.32, p=0.947>0.05)
v33	No difieren (H(12)=4.92, p=0.961>0.05)	No difieren (H(6)=5.5, p=0.481>0.05)	No difieren (H(12)=5.32, p=0.947>0.05)
v34	No difieren (H(12)=4.92, p=0.961>0.05)	No difieren (H(6)=5.5, p=0.481>0.05)	No difieren (H(12)=5.32, p=0.947>0.05)

Tabla 81. Evolución en el tiempo de la información relacionada con la medida de variables (metodología) en *Acta Clinica Belgica*. Fuente: elaboración propia

En esta publicación en ninguna de las variables analizadas dentro de esta parte de la metodología existen diferencias significativas a lo largo de los años en relación a su presencia y utilización, ni en lo relacionado con los resúmenes sin distinguir entre tipo de estructura ni cuando los separamos por su estructura; esas variables son: variable 31, es decir, la que ofrece información sobre las medidas; variable 32, o la que identifica las variables de forma explícita; variable 33, esto es, la que ofrece la fuente de los datos;

y la variable 34 o aquella que agrupa a todas las variables relacionadas con las medidas de variables.

IV.5.8.4. *Actas Urológicas Españolas*

En el siguiente cuadro resumen se muestran si existen o no diferencias significativas en la evolución a lo largo de los años del estudio -2000-20012- de cada una de las variables relacionadas con la presencia en el resumen de información sobre las medidas de variables en la revista *Actas Urológicas Españolas*.

Variable	Sin diferenciar estructura	Resumen estructurado	Resumen no estructurado
v31	No difieren (H(11)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(11)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(9)=NaN, p=NaN>0.05)
v32	No difieren (H(11)=NaN, p=NaN>0.059)	No difieren (H(11)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(9)=NaN, p=NaN>0.05)
v33	No difieren (H(11)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(11)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(9)=NaN, p=NaN>0.05)
v34	No difieren (H(11)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(11)=NaN, p=NaN>0.059)	No difieren (H(9)=NaN, p=NaN>0.05)

Tabla 82. Evolución en el tiempo de la información relacionada con la medida de variables (metodología) en *Actas Urológicas Españolas*. Fuente: elaboración propia

Al igual que en la anterior publicación analizada, en esta revista, en relación con las medidas de variables, no existen diferencias significativas en ninguno de los escenarios propuestos para el estudio y en ninguna de las variables que podemos mencionar dentro de esta parte. Esas variables son: variable 31, es decir, la que ofrece información sobre las medidas; variable 32, o la que identifica las variables de forma explícita; variable 33, esto es, la que ofrece la fuente de los datos; y la variable 34 o variable que agrupa a todas las variables relacionadas con las medidas de variables.

IV.5.6. Resultados

Para analizar la evolución de la presencia de información relacionada con la *move* de los resultados utilizaremos nuevamente las cuatro partes que hemos empleado hasta ahora. Analizaremos la evolución de los resúmenes, en primer lugar, sin distinguir

entre las revistas recogidas en nuestro estudio para, posteriormente, realizar el mismo análisis en cada una de las publicaciones.

(Vid. Anexo IV tablas 112-150, págs. 634-653)

IV.5.6.1. Sin diferenciar revistas

En el siguiente cuadro resumen se muestran si existen o no diferencias significativas en la evolución a lo largo de los años del estudio -2000-20012- de cada una de las variables relacionadas con la presencia en el resumen de información sobre los resultados mencionados en el caso sin diferenciar entre revistas.

Variable	Sin diferenciar estructura	Resumen estructurado	Resumen no estructurado
v35	No difieren (H(12)=20.2, p=0.0641>0.05)	No difieren (H(12)=15.1, p=0.234>0.05)	Sí difieren (H(12)=22.2, p=0.0354<0.05)
v36	Sí difieren (H(12)=25.6, p=0.0122<0.05)	Sí difieren (H(12)=29.7, p=0.00313<0.05)	Sí difieren (H(12)=21.7, p=0.0407<0.05)
v37	Sí difieren (H(12)=23.1, p=0.0271<0.05)	No difieren (H(12)=11.8, p=0.462>0.05)	Sí difieren (H(12)=21.4, p=0.0442<0.05)
v38	No difieren (H(12)=13.2, p=0.351>0.05)	No difieren (H(12)=11.2, p=0.511>0.05)	No difieren (H(12)=10.5, p=0.576>0.05)
v39	No difieren (H(12)=11.2, p=0.516>0.05)	No difieren (H(12)=9.9, p=0.625>0.05)	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)
v40	No difieren (H(12)=10.5, p=0.572>0.05)	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=9.97, p=0.618>0.05)
v41	No difieren (H(12)=17.9, p=0.119>0.05)	Sí difieren (H(12)=25.5, p=0.20127<0.05)	No difieren (H(12)=10.6, p=0.566>0.05)
v42	No difieren (H(12)=18.5, p=0.101>0.05)	Sí difieren (H(12)=28.6, p=0.00455<0.05)	No difieren (H(12)=14.1, p=0.294>0.05)
v43	Sí difieren (H(12)=32.4, p=0.00119<0.05)	Sí difieren (H(12)=28.2, p=0.00511<0.05)	No difieren (H(12)=9.97, p=0.619>0.05)
v44	No difieren (H(12)=9.35, p=0.673>0.05)	No difieren (H(12)=6.92, p=0.863>0.05)	No difieren (H(12)=10.6, p=0.561>0.05)
v45	No difieren (H(12)=20.4, p=0.06>0.05)	No difieren (H(12)=18.4, p=0.103>0.05)	Sí difieren (H(12)=22.8, p=0.0298<0.05)

Tabla 83. Evolución en el tiempo de la *move* de resultados sin diferenciar entre las revistas. Fuente: elaboración propia

Las variables en las que no existen diferencias significativas relacionadas con la presencia de información sobre los resultados que se han obtenido, ni en cada tipo de resumen ni en su análisis conjunto son: variable 38, es decir, presencia de resultados negativos; variable 39, o mención de las limitaciones; variable 40, o variable que indica si existen cambios en relación a las medidas primarias; y variable 44, o aquella que indica si todas las medidas descritas en el caso clínico tienen correspondencia en el resumen.

La variable 35 –información sobre los resultados- ofrece diferencias en lo relacionado con los resúmenes no estructurados, aunque no son tan significativas como para demostrar una tendencia en el comportamiento de la misma a lo largo de los años en esta publicación.

La variable 36 –si los resultados son explícitos- encuentra diferencias en los tres escenarios propuestos para el estudio de la variable, aunque dichas diferencias no explican ninguna tendencia en relación a su evolución a lo largo de los años.

Por su parte, la variable 37 –si los resultados son positivos- encuentra diferencias no significativas, sin una tendencia clara, en los resúmenes sin distinguir entre estructura y cuando tratamos sólo los resúmenes no estructurados, aunque sí que hemos de mencionar que este segundo caso, el de los resúmenes no estructurados, sí que hay una diferencia fuerte, tras comparar los años dos a dos, entre 2007 y 2009.

En la variable 41 –si se incluyen interpretaciones- las diferencias se centran en los resúmenes estructurados aunque, como ha ocurrido en varias ocasiones ya mencionadas, no son tan significativas como para mencionar una tendencia clara a lo largo de los años.

La variable 42 –aparición de datos numéricos- encuentra diferencias sólo en lo relacionado con los resúmenes estructurados, aunque sin diferencias significativas después de las comparaciones entre los años dos a dos, indicando así que no hay tendencia clara de la misma a lo largo de los años en dichos resúmenes.

La variable 43 –aparición de datos estadísticos-, en cambio, presenta diferencias en los resúmenes estructurados y también cuando no hacemos distinción de su estructura aunque, como en la anterior variable, sin ser tan significativas como para poder enunciar una tendencia de la misma. En la variable 45, por último, que es aquella que engloba a todas las demás variables relacionadas con los resultados, sólo aparecen diferencias en lo relacionado con los resúmenes sin estructura aunque no llegando a ser tan significativas como para poder enunciar una tendencia a lo largo de los años.

IV.5.6.2. Acta Cardiologica

En el siguiente cuadro resumen se muestran si existen o no diferencias significativas en la evolución a lo largo de los años del estudio -2000-20012- de cada una de las variables relacionadas con la presencia en el resumen de información sobre los resultados mencionados en el caso en la revista *Acta Cardiologica*.

Variable	Sin diferenciar estructura	Resumen estructurado	Resumen no estructurado
v35	Sí difieren (H(12)=21.3, p=0.0464<0.05)	No difieren (H(5)=NaN, p=NaN>0.05)	Sí difieren (H(12)=27, p=0.00769>0.05)
v36	Sí difieren (H(12)=41.2, p=0.0000447<0.05)	No difieren (H(5)=7.77, p=0.17>0.05)	Sí difieren (H(12)=29.2, p=0.00369<0.05)
v37	No difieren (H(12)=15.1, p=0.237>0.05)	No difieren (H(5)=5.11, p=0.403>0.05)	No difieren (H(12)=19.4, p=0.0784>0.05)
v38	No difieren (H(12)=17, p=0.151>0.05)	No difieren (H(5)=5.34, p=0.375>0.05)	No difieren (H(12)=18, p=0.114>0.05)
v39	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(5)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)
v40	Sí difieren (H(12)=21.9, p=0.0383<0.05)	No difieren (H(5)=NaN, p=NaN>0.05)	Sí difieren (H(12)=21.1, p=0.0493<0.05)
v41	Sí difieren (H(12)=27.8, p=0.00592<0.05)	No difieren (H(5)=NaN, p=NaN>0.05)	Sí difieren (H(12)=27.1, p=0.00754<0.05)
v42	Sí difieren (H(12)=29.1, p=0.00386<0.05)	No difieren (H(5)=6.81, p=.235>0.05)	Sí difieren (H(12)=28.5, p=0.00473<0.05)
v43	Sí difieren (H(12)=36.5, p=0.000271<0.05)	No difieren (H(5)=5.61, p=0.346>0.05)	No difieren (H(12)=14.3, p=.281>0.05)
v44	No difieren (H(12)=13.6, p=0.324>0.05)	No difieren (H(5)=5.34, p=0.375>0.05)	Sí difieren (H(12)=21.1, p=0.0493<0.05)
v45	Sí difieren (H(12)=27.3, p=0.00688<0.05)	No difieren (H(5)=5.95, p=0.311>0.05)	Sí difieren (H(12)=35.2, p=0.000438<0.05)

Tabla 84. Evolución en el tiempo de la *move* de resultados en *Acta Cardiologica*. Fuente: elaboración propia

En esta publicación las variables relacionadas con la presencia de los resultados del caso clínico en las que no se aprecian diferencias significativas ni entre los resúmenes estructurados, entre los no estructurados ni cuando los analizamos independientemente de su estructura, son: variable 37, en la que se menciona la

presencia de resultados positivos; variable 38, es decir, presencia de resultados negativos; y variable 39, o mención de las limitaciones.

La variable 35 –información sobre los resultados- y la variable 36 –resultados explícitos- sí que ofrecen diferencias, concretamente cuando no distinguimos la estructura del resumen y cuando analizamos los resúmenes no estructurados. En ambas variables, y en ambos casos, no son significativas estas diferencias tras la comparación de los años dos a dos, aunque si bien es cierto que en la primera de las variables se distingue el año 2011 por tener las mayores diferencias con los años que van de 2000 a 2005 y con el 2009.

Las diferencias en la variable 40 –si incluyen cambios en las medidas primarias- en la variable 41 –se incluyen interpretaciones- y en la 42 –aparición de datos numéricos- se centran en los resúmenes sin diferenciar entre su estructura y en los resúmenes no estructurados. En todos los casos esas diferencias, después de hacer la comparación dos a dos entre los años, son tan poco significativas que no explican ninguna tendencia de la misma a lo largo del tiempo. Esto mismo ocurre en la variable 43 –aparición de datos estadísticos- aunque sólo en lo relacionado a los resúmenes sin diferenciar su estructura, aunque si bien es cierto que es el año 2007 en comparación con el intervalo de 2009 a 2012 donde se aprecian unas diferencias más llamativas, aunque, como hemos dicho, no para establecer una tendencia.

La variable 44 –todas las medidas descritas en el documento están representadas en los resultados- encuentra diferencias en los resúmenes estructurados; concretamente donde más diferencia existe es entre el año 2000 y todos los demás, aunque esa diferencia no es significativa y no nos hace hablar de ningún tipo de tendencia.

La última de las variables, la número 45, y que agrupa a todas las demás variables de esta sección, nos deja ver diferencias en los resúmenes sin distinguir entre su estructura y en aquellos que se presentan no estructurados. En los dos casos no existe ninguna tendencia clara a lo largo de los años aunque en el primero sí que existen diferencias significativas entre 2012 y los resúmenes aparecidos en 2000, 2001 y 2003; por su parte, en el segundo las diferencias significativas las encontramos entre 2012 y 2000 y 2001 y entre 2007 y 2000.

IV.5.6.3. Acta Clinica Belgica

En el siguiente cuadro resumen se muestran si existen o no diferencias significativas en la evolución a lo largo de los años del estudio -2000-20012- de cada una de las variables relacionadas con la presencia en el resumen de información sobre los resultados mencionados en el caso en la revista *Acta Clinica Belgica*.

Variable	Sin diferenciar estructura	Resumen estructurado	Resumen no estructurado
v35	No difieren (H(12)=10.8, p=0.543>0.05)	No difieren (H(6)=5.5, p=0.481>0.05)	No difieren (H(12)=10.1, p=0.61>0.05)
v36	No difieren (H(12)=12.1, p=0.441>0.05)	No difieren (H(6)=10.1, p=0.123>0.05)	Sí difieren (H(12)=26, p=0.0107<0.05)
v37	No difieren (H(12)=7, p=0.858>0.05)	No difieren (H(6)=5.5, p=0.481>0.05)	No difieren (H(12)=6.7, p=0.877>0.05)
v38	No difieren (H(12)=12.4, p=0.414>0.05)	No difieren (H(6)=5.93, p=0.431>0.05)	No difieren (H(12)=16.1, p=0.188>0.05)
v39	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(6)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)
v40	No difieren (H(12)=17.9, p=0.12>0.05)	No difieren (H(6)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=18.3, p=0.107>0.05)
v41	Sí difieren (H(12)=21.4, p=0.0446<0.05)	No difieren (H(6)=12, p=0.062>0.05)	Sí difieren (H(12)=21.6, p=0.0428<0.05)
v42	No difieren (H(12)=6.37, p=0.896>0.05)	No difieren (H(6)=5.5, p=0.481>0.05)	No difieren (H(12)=8.79, p=0.721>0.05)
v43	No difieren (H(12)=12.5, p=0.408>0.05)	No difieren (H(6)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=13.2, p=0.354>0.05)
v44	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(6)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)
v45	No difieren (H(12)=10.8, p=0.542>0.05)	No difieren (H(6)=7.56, p=0.272>0.05)	No difieren (H(12)=10.8, p=0.55>0.05)

Tabla 85. Evolución en el tiempo de la *move* de resultados en *Acta Clinica Belgica*. Fuente: elaboración propia

Las variables en las que no se aprecian diferencias significativas en ninguno de los tres escenarios propuestos son: la variable 35, relacionada con la mención de los resultados; la variable 37, o mención de resultados positivos; la variable 38, es decir, presencia de resultados negativos; la variable 39, o mención de las limitaciones; la variable 40, o variable que indica si existen cambios en relación a las medidas

primarias; la variable 42, relacionada con la aparición de datos numéricos en los resultados; la variable 43, o aparición de datos estadísticos; la variable 44, o aquella que indica si todas las medidas descritas en el caso clínico tienen correspondencia en el resumen; y la variable 45, es decir, la que reúne a todas las variables relacionadas con los resultados.

La variable 36 –mención de los resultados de forma explícita- y la variable 41 –si se incluyen interpretaciones- contienen diferencias en relación a los resúmenes estructurados, y, en la segunda de ellas, además, cuando no se clasifican los resúmenes por su estructura. En ambas variables no son tan significativas, después de comparar todos los años dos a dos, como para demostrar una tendencia clara de comportamiento a través de los años.

IV.5.6.4. *Actas Urológicas Españolas*

En el siguiente cuadro resumen se muestran si existen o no diferencias significativas en la evolución a lo largo de los años del estudio -2000-20012- de cada una de las variables relacionadas con la presencia en el resumen de información sobre los resultados mencionados en el caso en la revista *Actas Urológicas Españolas*.

Variable	Sin diferenciar estructura	Resumen estructurado	Resumen no estructurado
v35	Sí difieren (H(11)=31.8, p=0.000834<0.05)	No difieren (H(11)=15, p=0.183>0.05)	Sí difieren (H(9)=18, p=0.035<0.05)
v36	Sí difieren (H(11)=194, p=1.29e-35<0.05)	Sí difieren (H(11)=30, p=0.00016<0.05)	No difieren (H(9)=13.4, p=0.144>0.05)
v37	Sí difieren (H(11)=34.4, p=0.000308<0.05)	No difieren (H(11)=12.8, p=0.306>0.05)	No difieren (H(9)=14.6, p=0.103>0.05)
v38	No difieren (H(11)=8.63, p=0.656>0.05)	No difieren (H(11)=11.8, p=0.376>0.05)	No difieren (H(9)=6.71, p=0.668>0.05)
v39	No difieren (H(11)=8.43, p=0.675>0.05)	No difieren (H(11)=8.33, p=NaN>0.059)	No difieren (H(9)=NaN, p=NaN>0.05)
v40	No difieren (H(11)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(11)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(9)=NaN, p=NaN>0.05)
v41	No difieren (H(11)=7.37, p=0.769>0.05)	No difieren (H(11)=11, p=0.443>0.05)	No difieren (H(9)=7.61, p=0.573>0.05)
v42	Sí difieren (H(11)=357, p=7.11e-70<0.05)	Sí difieren (H(11)=50.3, p=5.49e-07<0.05)	No difieren (H(9)=NaN, p=NaN>0.05)

v43	No difieren (H(11)=8.58, p=0.66>0.05)	Sí difieren (H(11)=27, p=0.0046<0.05)	No difieren (H(9)=NaN, p=NaN>0.05)
v44	No difieren (H(11)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(11)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(9)=NaN, p=NaN>0.05)
v45	Sí difieren (H(11)=42.4, p=0.0000141<0.05)	Sí difieren (H(11)=20.9, p=0.0343<0.05)	Sí difieren (H(9)=17.9, p=0.0368>0.05)

Tabla 86. Evolución en el tiempo de la *move* de resultados en *Actas Urológicas Españolas*. Fuente: elaboración propia

Las únicas variables en las que no se aprecian diferencias significativas en esta publicación, relacionadas con la aparición o no de resultados en los resúmenes en ninguno de los escenarios propuestos son: variable 38, o presencia de resultados negativos; variable 39, esto es, mención de las limitaciones; variable 40, o aquella que indica si existen cambios en relación a las medidas primarias; variable 41, o inclusión de interpretaciones; y variable 44, o aquella que indica si todas las medidas descritas en el caso clínico tienen correspondencia en el resumen.

La variable 35 –información sobre los resultados obtenidos- sí que ofrece diferencias a lo largo del tiempo aunque no son significativas, ni cuando no distinguimos los tipos de resúmenes ni cuando hablamos de los resúmenes no estructurados, como para poder establecer una agrupación clara, aunque sí que hemos de mencionar que en el primero de los casos sí encontramos diferencias significativas en el año 2011 cuando lo comparamos con 2003, 2005, 2007 y 2008, aunque dicha diferencia tampoco explica una tendencia clara.

La variable 36 –resultados de forma explícita- encuentra diferencias en relación a los resúmenes sin distinción de su estructura y cuando son estructurados. En el primero de los casos sí que observamos una tendencia clara a lo largo de los años: de 2000 a 2009 los resúmenes mantienen un comportamiento y de 2011 a 2012 otro. Sin embargo cuando analizamos los resúmenes estructurados no hay una tendencia clara a lo largo de los años, aunque si bien es cierto, después de hacer las comparaciones dos a dos, que el año 2011 es en el que más diferencias encontramos en relación con otros años (2000, 2001, 2004, 2005, 2007 y 2009), aunque en ningún caso son significativas.

En la variable 37 –si los resultados son positivos- las diferencias se centran sólo en los resúmenes sin una estructura determinada. Esas diferencias no hablan de una tendencia clara en la evolución a lo largo de los años, aunque sí que nos dicen que existe una fuerte diferencia en los resúmenes de 2011 frente a los de 2001, 2003, 2005, 2007 y 2008.

La variable 42 –aparición de datos numéricos- encuentra diferencias en los resúmenes cuando no distinguimos entre su estructura y en los resúmenes estructurados. En el primero de los casos sí que se observa una tendencia clara en su evolución a lo largo de los años: del año 2000 a 2009 los resúmenes presentan la misma tónica en el comportamiento de dicha variable y en 2011 y 2012 esa tendencia cambia y se separa del resto de los años. Esto no ocurre en los resúmenes estructurados pues, aunque sí existen diferencias, no son significativas para establecer ninguna tendencia, aunque haya una clara diferencia entre los resúmenes de 2012 con respecto a los de 2004 y 2009.

En relación a la variable 43 –datos estadísticos- sólo se aprecian diferencias en los resúmenes estructurados pero sin poder establecer en base a dichas diferencias ninguna tendencia a lo largo de los años, aunque si bien es cierto, después de hacer los análisis pertinentes, que es el año 2002 el que más diferencias encuentra con los años de 2003 a 2012.

La variable 45, la que agrupa a todas las demás de esta sección de resultados, nos deja ver diferencias en los tres escenarios propuestos. Cuando hablamos de los resúmenes sin diferenciar su estructura observamos que el año 2011 se desmarca de todos ellos, mostrando resultados con un p-valor inferior a 0.05 que indica que hay diferencias significativas entre este año y todos los demás, excepto con 2006. En cambio cuando analizamos los otros dos escenarios, no existen diferencias significativas entre ninguno de los años, después de llevar a cabo la comparación de los años dos a dos.

IV.5.7. Conclusiones

En el análisis de la evolución a lo largo de los años de la presencia de la *move* relacionada con las conclusiones utilizaremos el mismo método usado hasta ahora: en primer lugar, analizaremos dicha evolución en los resúmenes sin distinguir entre las revistas recogidas en nuestro estudio para, posteriormente, realizar el mismo análisis en cada una de las publicaciones.

(Vid. Anexo IV tablas 151-167, págs. 653-662)

IV.5.7.1. Sin diferenciar revistas

En el siguiente cuadro resumen se muestran si existen o no diferencias significativas en la evolución a lo largo de los años del estudio -2000-20012- de cada una de las variables relacionadas con la presencia en el resumen de información relacionada con las conclusiones a las que se ha llegado en el caso sin diferenciar entre revistas.

Variable	Sin diferenciar estructura	Resumen estructurado	Resumen no estructurado
v46	Sí difieren (H(12)=32.2, p=0.0013<0.05)	No difieren (H(12)=9.94, p=0.621>0.05)	Sí difieren (H(12)=23.5, p=0.0235<0.05)
v47	No difieren (H(12)=14.6, p=0.265>0.05)	Sí difieren (H(12)=21.8, p=0.0394<0.05)	No difieren (H(12)=7-08, p=0.852>0.05)
v48	No difieren (H(12)=14.1, p=0.295>0.05)	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=14.6, p=0.266>0.05)
v49	No difieren (H(12)=18.1, p=0.114>0.05)	No difieren (H(12)=16.1, p=0.188>0.05)	No difieren (H(12)=17.8, p=0.121>0.05)
v50	No difieren (H(12)=10.9, p=0.534>0.05)	No difieren (H(12)=14, p=0.303>0.05)	No difieren (H(12)=10.8, p=0.55>0.05)
v51	Sí difieren (H(12)=35, p=0.000471<0.05)	Sí difieren (H(12)=34.9, p=0.000481<0.05)	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)
v52	Sí difieren (H(12)=29, p=0.00389<0.05)	Sí difieren (H(12)=22.2, p=0.0358<0.05)	Sí difieren (H(12)=22, p=0.0374<0.05)

Tabla 87. Evolución en el tiempo de la *move* de conclusiones sin diferenciar entre revistas. Fuente: elaboración propia

En este nivel general, existen tres variables en las que no se aprecian diferencias significativas relacionadas con la evolución a través de los años ni cuando nos referimos a cada uno de los tipos de resúmenes por separado ni cuando hablamos del conjunto de los resúmenes sin diferenciar la estructura; esas tres variables son: variable 48, es decir, la que menciona las implicaciones del estudio; variable 49, en la que se menciona la contribución a la literatura; y la variable 50, o aquella que da recomendaciones para estudios posteriores.

Hablando ya de las variables en las que sí se observan diferencias debemos mencionar la número 46, esto es, la que ofrece información sobre las conclusiones a las que se ha llegado. Esta variable muestra diferencias poco significativas que hablan de la no existencia de ninguna tendencia, en lo que se refiere tanto a los resúmenes cuando no se diferencia entre su estructura como lo relacionado con los resúmenes no

estructurados, aunque sí que existe alguna diferencia más marcada del intervalo entre 2009 y 2011 con el intervalo entre 2000 y 2003 en el primero de los casos y sólo en el primer intervalo descrito en relación a los resúmenes no estructurados.

En la variable 47 –conclusiones consistentes con los resultados- las diferencias las encontramos sólo en los resúmenes estructurados, una diferencia que carece de valor significativo para poder esclarecer alguna tendencia en relación con la misma a lo largo de los años. Esto mismo lo vemos en la variable 51 –resumen de anteriores secciones en las conclusiones; en este caso las diferencias también las encontramos, junto con los resúmenes estructurados, en los resúmenes cuando no clasificamos por el tipo de estructura que tienen.

Las diferencias en la última de las variables, la número 52 –resumen de todas las anteriores- las encontramos en los resúmenes estructurados, los no estructurados y cuando no diferenciamos por el tipo de estructura, aunque con valores que no llegan a esclarecer ninguna tendencia a lo largo de los años.

IV.5.7.2. *Acta Cardiologica*

En el siguiente cuadro resumen se muestran si existen o no diferencias significativas en la evolución a lo largo de los años del estudio -2000-20012- de cada una de las variables relacionadas con la presencia en el resumen de información que tiene que ver con las conclusiones a las que se ha llegado en el caso en la revista *Acta Cardiologica*.

Variable	Sin diferenciar estructura	Resumen estructurado	Resumen no estructurado
v46	Sí difieren (H(12)=24, p=0.0204<0.05)	No difieren (H(5)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=19.5, p=0.0762>0.05)
v47	No difieren (H(12)=19, p=0.0877>0.05)	No difieren (H(5)=11, p=0.0514>0.05)	No difieren (H(12)=18.2, p=0.11>0.05)
v48	No difieren (H(12)=6.83, p=0.869>0.05)	No difieren (H(5)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=6.72, p=0.875>0.05)
v49	Sí difieren (H(12)=42.2, p=0.0000304<0.05)	No difieren (H(5)=0.714, p=0.982>0.05)	Sí difieren (H(12)=42.7, p=0.0000254<0.05)
v50	No difieren (H(12)=11.2, p=0.512>0.05)	No difieren (H(5)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=10.8, p=0.542>0.05)

v51	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(5)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)
v52	No difieren (H(12)=19.3, p=0.082>0.05)	No difieren (H(5)=6.29, p=0.279>0.05)	No difieren (H(12)=14.6, p=0.261>0.05)

Tabla 88. Evolución en el tiempo de la *move* de conclusiones en *Acta Cardiologica*. Fuente: elaboración propia.

En esta revista en casi todas las variables relacionadas con las conclusiones no existen diferencias significativas en la evolución de las mismas a lo largo de los años de nuestro estudio, ni en los resúmenes estructurados ni en los no estructurados ni cuando hablamos del conjunto de resúmenes sin diferencia su estructura. Esas variables carentes de diferencias son: variable 47, que es aquella que menciona si las conclusiones son consistentes con los resultados; variable 48, es decir, la que menciona las implicaciones del estudio; variable 50, o aquella que da recomendaciones para estudios posteriores; variable 51, es decir, la que ofrece un resumen de secciones anteriores del resumen; y variable 52, o aquella que agrupa a todas las variables relacionadas con las conclusiones.

Las dos únicas variables en las que se aprecian diferencias son la variable 46 –en la que se ofrecen las conclusiones a las que se ha llegado- y la variable 49 –mención de la contribución a la literatura. En la primera de ellas las diferencias están en los resúmenes cuando no establecemos una clasificación por su estructura; en la segunda de las variables, por su parte, las diferencias se centran en los resúmenes sin distinción de su estructura y en los resúmenes no estructurados. En ambos casos las diferencias no son significativas para poder establecer una tendencia de las mismas en los resúmenes a lo largo del tiempo, aunque si bien es cierto que en la variable 49, en los dos escenarios mencionados, sí que existen diferencias claras entre los resúmenes de 2000 comparándolo con los de los años 2002, 2009 y 2012.

IV.5.7.3. *Acta Clinica Belgica*

En el siguiente cuadro resumen se muestran si existen o no diferencias significativas en la evolución a lo largo de los años del estudio -2000-2012- de cada una de las variables relacionadas con la presencia en el resumen de información relacionada con las conclusiones a las que se ha llegado en el caso en la revista *Acta Clinica Belgica*.

Variable	Sin diferenciar estructura	Resumen estructurado	Resumen no estructurado
v46	No difieren (H(12)=10.8, p=0.549>0.05)	No difieren (H(6)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=11.3, p=0.505>0.05)
v47	No difieren (H(12)=16.7, p=0.161>0.05)	No difieren (H(6)=5.5, p=0.481>0.05)	No difieren (H(12)=15.4, p=0.219>0.05)
v48	Sí difieren (H(12)=27, p=0.00777<0.05)	No difieren (H(6)=NaN, p=NaN>0.05)	Sí difieren (H(12)=25.9, p=0.0112<0.05)
v49	No difieren (H(12)=8.46, p=0.748>0.05)	No difieren (H(6)=5.5, p=0.481>0.05)	No difieren (H(12)=8.77, p=0.722>0.05)
v50	No difieren (H(12)=15.5, p=0.218>0.05)	No difieren (H(6)=6.8, p=0.34>0.05)	No difieren (H(12)=13.6, p=0.33>0.05)
v51	No difieren (H(12)=7.55, p=0.819>0.05)	No difieren (H(6)=3.73, p=0.714>0.05)	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)
v52	No difieren (H(12)=9.61, p=0.065>0.05)	No difieren (H(6)=5.02, p=0.541>0.05)	No difieren (H(12)=851, p=0.704>0.05)

Tabla 89. Evolución en el tiempo de la *move* de conclusiones en *Acta Clinica Belgica*. Fuente: elaboración propia

En tan sólo una de las variables relacionadas con las conclusiones en los resúmenes que acompañan a los casos clínicos en esta publicación aparecen diferencias significativas. En el resto, en ninguno de los valores propuestos para analizar, aparecen dichas diferencias. Esas variables sin diferencias son: variable 46, en la que nos preguntamos si el resumen ofrece las conclusiones a las que se ha llegado; variable 47, es decir, si las conclusiones son consistentes con los resultados; variable 49, en la que se menciona su contribución a la literatura; variable 50, o aquella que da recomendaciones para estudios posteriores; variable 51, la que ofrece un resumen de secciones anteriores del resumen; y variable 52, o aquella que agrupa a todas las variables relacionadas con las conclusiones.

La variable 48 –mención de las implicaciones del estudio- es la única en la que aparecen diferencias, tanto en los resúmenes estructurados como en los resúmenes cuando no distinguimos entre su estructura; esas diferencias entre los años, después de efectuar la comparación de los mismos por pares, no son tan significativas como para poder establecer un patrón de comportamiento o tendencia a lo largo de los años.

IV.5.7.4. *Actas Urológicas Españolas*

En el siguiente cuadro resumen se muestran si existen o no diferencias significativas en la evolución a lo largo de los años del estudio -2000-20012- de cada

una de las variables relacionadas con la presencia en el resumen de información relacionada con las conclusiones a las que se ha llegado en el caso en la revista *Actas Urológicas Españolas*.

Variable	Sin diferenciar estructura	Resumen estructurado	Resumen no estructurado
v46	Sí difieren (H(11)=41.2, p=0.000219<0.05)	No difieren (H(11)=8.05, p=0.708>0.05)	No difieren (H(9)=7.67, p=0.568>0.05)
v47	No difieren (H(11)=13.3, p=0.274>0.05)	No difieren (H(11)=14.3, p=0.215>0.05)	No difieren (H(9)=9.84, p=0.363>0.05)
v48	No difieren (H(11)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(11)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(9)=NaN, p=NaN>0.05)
v49	No difieren (H(11)=13.7, p=0.251>0.05)	No difieren (H(11)=15.3, p=0.167>0.05)	No difieren (H(9)=7.56, p=0.579>0.05)
v50	Sí difieren (H(11)=27.7, p=0.00363<0.05)	No difieren (H(11)=10.4, p=0.497>0.05)	No difieren (H(9)=NaN, p=NaN>0.05)
v51	Sí difieren (H(11)=357, p=7.11e-70<0.05)	Sí difieren (H(11)=50.3, p=5.49e-07<0.05)	No difieren (H(9)=NaN, p=NaN>0.05)
v52	Sí difieren (H(11)=45.5, p=3.89e-06<0.05)	No difieren (H(11)=16.6, p=0.121>0.05)	No difieren (H(9)=9.1, p=0.428>0.05)

Tabla 90. Evolución en el tiempo de la *move* de conclusiones en *Actas Urológicas Españolas*. Fuente: elaboración propia

En esta publicación predominan las variables en las que encontramos diferencias significativas en su evolución del año 2000 al 2012. Las que no ofrecen dichas diferencias, ni en los resúmenes estructurados ni en los no estructurados ni en su visión de conjunto, son: variable 47, que menciona si las conclusiones son consistentes con los resultados; variable 48, que menciona las implicaciones del estudio; y variable 49, en la que se menciona su contribución a la literatura.

En la variable 46 –información sobre las conclusiones a las que se ha llegado- sí que se aprecian diferencias significativas en relación a los resúmenes cuando no distinguimos entre su estructura entre el año 2011 y el resto de años, concretamente con 2000, 2001, 2002, 2003, 2005 y 2008, y entre el año 2002 y 2009. Esto mismo es lo que encontramos en la variable 50 –recomendaciones para estudios posteriores- aunque la diferencia significativa la encontramos solamente en el 2011 en relación a los resúmenes aparecidos en el año 2000.

En relación a la variable 51 –resumen de anteriores secciones presente en las conclusiones- sí que encontramos una tendencia clara cuando no diferenciamos entre estructuras de resumen; aquí los resúmenes aparecidos entre 2011 y 2012 cambian con

respecto a los aparecidos en el resto de los años. Esto no sucede, en cambio, cuando en esta variable se observan diferencias en los resúmenes no estructurados, donde la única diferencia significativa la encontramos entre los resúmenes de 2009 y 2012.

La última de las variables –variable 52- relacionada con el análisis global de esta sección muestra diferencias sólo cuando estudiamos los resúmenes sin distinguir entre el tipo de estructura. En este caso las diferencias significativas las encontramos sólo en el año 2011 si lo comparamos con el resto de años, salvo 2009 y de 2002 con 2009.

IV.5.8. Originalidad/Valor

El estudio de la evolución a lo largo de los años de la última de los *moves* presentes en nuestro metamodelo de resumen para casos clínicos, y que está relacionada con la presencia en ellos de la originalidad y el valor del caso, se hará de la misma manera que hemos analizado las anteriores *moves*: en primer lugar, analizaremos dicha evolución en los resúmenes sin distinguir entre las revistas recogidas en nuestro estudio para, posteriormente, realizar el mismo análisis en cada una de las publicaciones.

(Vid. Anexo IV tablas 168-177, págs. 662-667)

IV.5.8.1. Sin diferenciar revistas

En el siguiente cuadro resumen se muestran si existen o no diferencias significativas en la evolución a lo largo de los años del estudio -2000-20012- de cada una de las variables relacionadas con la presencia en el resumen de información relacionada con la originalidad y el valor del caso clínico sin diferencia entre revistas.

Variable	Sin diferenciar estructura	Resumen estructurado	Resumen no estructurado
v53	Sí difieren (H(12)=23.7, p=0.0227<0.05)	No difieren (H(12)=9.56, p=0.654>0.05)	No difieren (H(12)=14.2, p=0.289>0.05)
v54	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)
v55	Sí difieren (H(12)=23.7 p=0.0227<0.05)	No difieren (H(12)=9.56, p=0.654>0.05)	No difieren (H(12)=14.2, p=0.289>0.05)

Tabla 91. Evolución en el tiempo de la *move* de originalidad/valor sin diferenciar entre revistas. Fuente: elaboración propia

Como podemos observar en el cuadro resumen sólo hay una variable en la que no se aprecian diferencias significativas en sus valores en relación a la evolución de la misma en los resúmenes de casos clínicos aparecidos entre 2000 y 2012; esa variable es la número 54, es decir, la que describe explícitamente el valor biomédicos del caso clínico.

La variable 53 –mención explícita de la originalidad del caso- y la variable 55 –unión de las anteriores variables relacionadas con la originalidad y el valor del caso- coinciden a la hora de presentar las diferencias, pues en ambas variables aparecen cuando analizamos los resúmenes sin distinción de su estructura. También las dos variables coinciden en que esas diferencias no son tan significativas, después del análisis de los años dos a dos, como para poder establecer una tendencia clara en los resúmenes a lo largo de los años.

IV.5.8.2. *Acta Cardiologica*

En el siguiente cuadro resumen se muestran si existen o no diferencias significativas en la evolución a lo largo de los años del estudio -2000-20012- de cada una de las variables relacionadas con la presencia en el resumen de información relacionada con la originalidad y el valor del caso clínico en la revista *Acta Cardiologica*.

Variable	Sin diferenciar estructura	Resumen estructurado	Resumen no estructurado
v53	Sí difieren (H(12)=33.1, p=0.000924<0.05)	No difieren (H(5)=NaN, p=NaN>0.05)	Sí difieren (H(12)=32.1, p=0.00136<0.05)
v54	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(5)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)
v55	Sí difieren (H(12)=33.1, p=0.000924<0.05)	No difieren (H(5)=NaN, p=NaN>0.05)	Sí difieren (H(12)=32.1, p=0.00136<0.05)

Tabla 92. Evolución en el tiempo de la *move* de originalidad/valor en *Acta Cardiologica*. Fuente: elaboración propia

En esta publicación la presencia de la variable 54 –descripción explícita del valor biomédico del caso clínico- es la única que no ofrece diferencias significativas a lo largo de los años ni cuando hablamos sólo de resúmenes estructurados o no estructurados ni cuando los agrupamos y no distinguimos entre su estructura.

La variable 53 –originalidad del caso- y la número 55 –la que reúne a las dos anteriores- muestran diferencias cuando analizamos los resúmenes sin tener en cuenta su tipo de estructura y, por otro lado, en los resúmenes no estructurados. En las dos variables y en los dos escenarios mencionados no existen datos suficientes para establecer una tendencia a lo largo de los años, aunque lo que sí nos deja ver es que donde la diferencia más se aprecia, pero sin ser algo significativo, es si comparamos el año 2000 con el intervalo que va del año 2009 al 2012.

IV.5.8.3. *Acta Clinica Belgica*

En el siguiente cuadro resumen se muestran si existen o no diferencias significativas en la evolución a lo largo de los años del estudio -2000-2012- de cada una de las variables relacionadas con la presencia en el resumen de información relacionada con la originalidad y el valor del caso clínico en la revista *Acta Clinica Belgica*.

Variable	Sin diferenciar estructura	Resumen estructurado	Resumen no estructurado
v53	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(6)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)
v54	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(6)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)
v55	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(6)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(12)=NaN, p=NaN>0.05)

Tabla 93. Evolución en el tiempo de la *move* de originalidad/valor en *Acta Clinica Belgica*. Fuente: elaboración propia

Ninguna de las variables que podemos relacionar con la *move* de la originalidad y el valor del caso ofrece diferencias significativas a lo largo de los años en ninguno de los tres escenarios propuestos para su análisis. Esas variables son: variable 53, que especifica explícitamente la originalidad del caso; variable 54, que presenta explícitamente el valor biomédico; y, por último, la variable 55, que es aquella que agrupa a las dos anteriores.

IV.5.8.4. Actas Urológicas Españolas

En el siguiente cuadro resumen se muestran si existen o no diferencias significativas en la evolución a lo largo de los años del estudio -2000-20012- de cada una de las variables relacionadas con la presencia en el resumen de información relacionada con la originalidad y el valor del caso clínico en la revista *Actas Urológicas Españolas*.

Variable	Sin diferenciar estructura	Resumen estructurado	Resumen no estructurado
v53	Sí difieren (H(11)=35.9, p=0.000174<0.05)	No difieren (H(11)=9.31, p=0.593>0.05)	Sí difieren (H(9)=20.3, p=0.016<0.05)
v54	No difieren (H(11)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(11)=NaN, p=NaN>0.05)	No difieren (H(9)=NaN, p=NaN>0.05)
v55	Sí difieren (H(11)=35.9, p=0.000174<0.05)	No difieren (H(11)=9.31, p=0.593>0.05)	Sí difieren (H(9)=20.3, p=0.016<0.05)

Tabla 94. Evolución en el tiempo de la *move* de originalidad/valor en *Actas Urológicas Españolas*.
Fuente: elaboración propia

Tan sólo en la variable 54 –descripción explícita del valor biomédico del caso clínico- no se aprecian diferencias significativas a través de los años.

En las otras dos variables, la 53 –originalidad del caso- y 55 –resumen de las dos anteriores- las diferencias se aprecian en relación a los resúmenes cuando no distinguimos entre su estructura y cuando analizamos los resúmenes no estructurados. En ninguno de las dos, y en ninguno de los dos escenarios, encontramos diferencias significativas, después de la comparación entre los años dos a dos, que nos indiquen una tendencia de comportamiento a lo largo de los años de dichas variables, aunque sí podemos ver que, en las dos variables, las mayores diferencias se centran entre los años 2008 y 2009 con los años anteriores.

V. CONCLUSIONES

Presentamos a continuación una serie de conclusiones derivadas de las cuestiones teóricas y de los datos resultantes tras aplicar el patrón del metamodelo aplicado en el estudio:

Podemos concluir en lo referente a los estudios del discurso biomédico y al análisis del caso clínico desde la perspectiva de género que:

- Cada área de especialidad ha asumido como específicas una serie de convenciones discursivas a nivel léxico, semántico, sintáctico estructural y retórico-discursivo. Así, los discursos especializados (en nuestro caso el científico) tienen unas características y convenciones que lo singularizan para cada comunidad discursiva.
- Las características específicas del discurso biomédico se hallan definidas por: las necesidades lingüísticas específicas de cada tipo de usuario (enfermera, fisioterapeuta, médico de familia, cirujano, paciente ...); la especialidad temática de cada rama de la medicina (medicina general, cardiología, urología, psiquiatría, etc.); y las tareas/ funciones específicas de cada tipo de usuario (comunicación con el paciente; escritura científica; informe de especialidad, informe técnico ...) que configuran actos comunicativos concretos.
- El discurso especializado ha sido un tema muy estudiado desde diferentes disciplinas y enfoques, con diferentes objetivos. Tomando como base la lingüística aplicada se han llevado a cabo investigaciones centradas en el *análisis de género* desde perspectivas como las lenguas con fines específicos, la sistémica funcional de la escuela australiana o la neorretórica. Todas estas orientaciones (análisis del discurso, pragmalingüística, enseñanza de segundas lenguas, escritura científico-académica, traductología, etc.) tienen un punto de encuentro multidisciplinar, incidiendo -desde sus bases epistemológicas y desarrollos prácticos- en el área de la documentación como disciplina y en la semiótica documental como campo diferenciado de la lingüística aplicada. Podemos hablar así de *análisis de género* aplicado a la organización y recuperación de la información y del resumen documental como entidad propia dentro de los discursos especializados.

- El género biomédico cuenta con una serie de subgéneros discursivos como canales de comunicación de sus hallazgos (artículo científico original, artículo de revisión, caso clínico, nota clínica, editorial, etc.). Cada uno de ellos tiene una estructura retórica característica que responde a la función comunicativa de dicho subgénero, en el contexto de la comunidad discursiva a la que pertenece.
- El caso clínico, o *case report* –término más extendido- nació en el siglo XVII pero fue a partir del siglo XIX cuando se configuró como género prototípico de las ciencias biomédicas. Actualmente se ha convertido en un instrumento fundamental para compartir experiencias de observación, diagnóstico y tratamiento de pacientes relacionadas con peculiaridades o rarezas que no aparecen en los libros de texto.
- Desde la perspectiva del *análisis de género* la organización retórica asumida como generalizada para el subgénero del *caso clínico* es la siguiente: Introducción, Descripción o Presentación del caso, Discusión, Comentarios y Evaluación, y Conclusiones. Esto no quiere decir que estas secciones aparezcan en todos los casos clínicos que se publican, aunque en la mayoría de los casos ocurre.
- Junto a estas secciones, en los casos clínicos se suele incluir un resumen con aspectos importantes del caso y que ayuda a la comunicación de evidencias relevantes para la investigación y la práctica clínica. Dicho resumen, además de poseer una macroestructura determinada porque se ha convertido en un género documental propio, debería cumplir una serie de características que le doten de relevancia para la recuperación de información científica: autonomía fidelidad del documento original, concisión, brevedad, economía, exhaustividad, consistencia, coherencia, pertinencia y eficiencia, entre otras características que hacen que un resumen documental sea un documento de calidad.
- Los estudios del ámbito documental recomiendan la redacción de resúmenes estructurados para el caso clínico. El diseño de su estructura retórica habría de incluir las siguientes *moves*: información sobre el/los objetivo/s, el diseño, el emplazamiento, información sobre el paciente, intervención, métodos y

resultados principales y, por último, las conclusiones. Asimismo, ha de incluir información relacionada con la edad, el género del paciente, la información clínica, el diagnóstico, la administración y el seguimiento.

- El *metamodelo estructural* diseñado en nuestra investigación refleja la estructura retórica ideal para los resúmenes de los casos clínicos, a la cual deberían ajustarse todos los resúmenes para: a) ser un reflejo fiel de la estructura y de la información contenida en el documento original y servir así como elemento discriminativo a la hora de lectura del documento-texto; y b) lograr una recuperación efectiva de información que se ajuste a las necesidades informativas del usuario que ha de recuperar un documento-caso clínico o una información puntual dentro de un caso clínico.
- El cuestionario-plantilla aportado en el estudio constituye una herramienta didáctica para la elaboración de resúmenes de los casos clínicos biomédicos (siguiendo la estructura retórica de este tipo de documentos) que dirigirá la búsqueda y selección de información del texto a resumir y facilitará la elaboración del resumen para los autores. Asimismo, constituirá un elemento esencial para los revisores de los comités editorial de la revista mejorando la calidad informativa de los resúmenes.

En lo referente al estudio de caso/caso clínico específico para los resúmenes de los casos clínicos en las revistas seleccionadas, y tras el análisis de los datos obtenidos, podemos enunciar las siguientes conclusiones, de acuerdo con los objetivos de la investigación propuesta y las hipótesis que constituían el punto de partida de la misma:

- La primera y principal es que ninguno de los resúmenes analizados de las tres publicaciones elegidas, tanto estructurados como no estructurados, se adecuan al metamodelo que hemos diseñado para establecer la calidad estructural e informativa de los resúmenes de los casos clínicos. Esto no quiere decir que la ausencia de calidad sea total. Lo que sugieren los datos es que estos resúmenes no reflejan todos las *moves* y *submoves* que deben contener para ser un resumen de calidad en relación con el caso al que acompañan; un resumen claro y preciso desde un punto de vista estructural que permita una recuperación eficiente de

información y que describa el documento original con todo detalle y conteniendo toda la información relevante del mismo.

- El metamodelo elaborado para asegurar que un resumen es un resumen de calidad consta, como en el apartado metodológico hemos enunciado, de 16 *moves* y 20 *submoves* distribuidas en cinco secciones: introducción, presentación del caso, resultados/discusión, conclusiones y originalidad/valor. No todos ellos, tanto de unos como de otros, están presentes en los resúmenes analizados. Un análisis general de los resúmenes extraídos de las tres publicaciones de nuestro estudio, sin distinguir entre dichas revistas ni entre tipos de resúmenes, muestra que no todas las *moves* y *submoves* que forman parte de este metamodelo están presentes en los mismos. Así pues, podemos establecer, como conclusión, que las *moves* y *submoves* presentes en la mayoría de los resúmenes de casos clínicos de Cardiología, Medicina Interna y Urología analizados en las tres publicaciones escogidas para nuestro estudio son:

INTRODUCCIÓN: { [Move 1. Presentación del caso]; [Move 2. Establecer el objetivo (Submove 2a. Especificar el objetivo principal)] }; PRESENTACIÓN DEL CASO: { [Move 3. Identificación del paciente y sus condiciones (Submove 3a. Número de sujetos), (Submove 3b. Sexo del paciente), (Submove 3c. Edad del paciente), (Submove 3e. Historia clínica presente y pasada); (Submove 3f. Dolencia)]; [Move 4. Presentación y descripción de los síntomas (Submove 4a. Examen del paciente), (Submove 4b. Hallazgos positivos y negativos)]; [Move 5. Intervenciones y métodos para el cuidado y/o evaluación del estado del paciente (Submove 5a. Test relevantes llevados a cabo), (Submove 5b. Método seguido)]; [Move 6. Aclaración del diagnóstico (Submove 6a. Diagnóstico inicial), (Submove 6b. Diagnóstico final)]; [Move 7. Tratamiento quirúrgico o médico realizado en la paciente (Submove 7a. Tratamiento llevado a cabo)] }; RESULTADOS/DISCUSIÓN: { [Move 8. Resultados de la asistencia (Submove 8a. Hallazgos/resultados positivos), (Submove 8b. Hallazgos/resultados negativos)] }; CONCLUSIÓN: { [Move 12. Principal conclusión]; [Move 15. Contribución a la literatura] }.

- En estos resúmenes analizados están presentes cuatro de las cinco secciones en las que un resumen de calidad, bajo nuestro punto de vista, se tendría que estructurar.
- Algo que llama la atención, es que en casi ningún caso aparece la *move* relacionada con la originalidad y el valor del caso clínico descrito. Quizá esto sea debido a que los autores de los casos en el momento en el que anuncian en el resumen el tema de su estudio piensan que lleva implícito el valor y la originalidad del mismo, aunque esto no sea del todo correcto. El no incluir esta *move* referente a la valoración crítica es un error, puesto que alguien que lo lea y no sea experto en la materia no tendría muy claro, después de enunciar el caso, si lo que ilustra tiene gran valor en función de su originalidad y valor biomédico. Es decir no queda claro si el caso clínico desarrollado aporta algo novedoso con respecto a otros anteriores, semejantes o iguales.
- La presencia de una *move* y una *submove* no tiene el mismo peso en todos los resúmenes analizados, es decir, que unas aparecen en más resúmenes que en otros, tanto si los consideramos en su conjunto (sin diferenciar el tipo de estructura del resumen), como si analizamos los resúmenes estructurados y no estructurados por separado, sin tener en cuenta la revista en la que ha aparecido y analizando su presencia en cada una de ellas.
- Cuando no diferenciamos ni entre la estructura del resumen ni entre la publicación en la que aparecen, hay una presencia clara de unas *moves* y *submoves* en relación con otras. Unos y otros aparecen dentro de cada una de las secciones propuestas para el resumen. Las dos *moves* relacionados con la *sección de introducción* aparecen en la casi totalidad de los resúmenes analizados, siendo sólo uno de las *submoves*, la 2a [especificación explícita del objetivo] el que aparece en ellos. Cuando analizamos la *presentación del caso* en el resumen predominan la *move* 3 [identificación del paciente y sus condiciones] junto con la *submove* 3a (número de sujetos), el 3b (sexo del paciente), 3c (edad) y 3f relacionado con la (dolencia) del mismo; la *move* 4 [descripción de los síntomas] y las *submoves* 4a (examen del paciente) y *submove* 4b (hallazgos positivos y negativos.); *move* 5 o intervenciones

efectuadas en el paciente; *move* 6 [aclaración del diagnóstico] junto con la *submove* 6a y 6b, que mencionan el (diagnóstico inicial) y (diagnóstico final) respectivamente; la *move* 7 (tratamiento llevado a cabo). Son pocos los resúmenes que mencionan los *resultados* y *las conclusiones*, secciones, que sí que predominan en los resúmenes estructurados frente a los no estructurados. Como podemos extraer de todo esto, no hay ninguna sección en los resúmenes que incluyan todas las *moves* y *submoves* relacionadas con ella.

- Si analizamos las revistas desde una perspectiva general, es decir, cuando no hacen distinción entre un tipo u otro de resumen, llegamos a la conclusión de que en *Acta Cardiologica* los resúmenes no responden a la estructura del metamodelo enunciado, aunque sí que reflejan la estructura del resumen, al que hemos llegado de forma general, cuando no hemos diferenciado ni estructura del mismo ni revista en la que aparece.
- Los resúmenes aparecidos en *Acta Clinica Belgica* se asemejan en gran medida a lo que se ha comentado en los resúmenes a nivel general, aunque las *submoves* 3b, 3c y 3f escasamente aparecen, coincidiendo con la anterior publicación en la escasa presencia de la sección de resultados y conclusiones y la ausencia total de la *move* relacionada con la originalidad y valor biomédico del caso.
- En la última de las publicaciones, *Actas Urológicas Españolas*, los resúmenes, como en el resto de los casos, no responden a la estructura modelo propuesta para ellos, ni a la estructura del caso clínico al que acompañan. Contienen sin embargo, la casi totalidad de las *moves* y *submoves* encontradas a nivel general, pese a que mencionan escasamente las características del paciente. Al igual que las anteriores publicaciones destaca la ausencia de resultados, conclusiones y originalidad y valor biomédico.
- Si hacemos la distinción entre resúmenes estructurados y resúmenes no estructurados hemos de mencionar que los resúmenes estructurados, en las tres publicaciones analizadas, responden en la mayoría de los casos al esquema presentado al comienzo de estas conclusiones donde aparecían las 10 *moves* y 15 *submoves* encontradas. Los resúmenes no estructurados de las tres publicaciones

vuelven a coincidir en la presencia de más o menos las mismas *moves* y *submoves* que aparecían cuando hablábamos de los resúmenes de forma general y global en cada una de las revistas. Con estos datos, otra conclusión a la que podemos llegar es que los resúmenes estructurados contienen mayor nivel de calidad desde el punto de vista estructural que los resúmenes no estructurados; como consecuencia de esto, podemos mencionar que en las tres publicaciones analizadas ocurre este mismo fenómeno.

- Desde un punto estructural estrictamente hablando, la mayoría de los resúmenes están organizados en un solo párrafo; en *Acta Cardiologica* y *Acta Clinica Belgica* ésta es la tónica; en *Actas Urológicas Españolas* el predominio no es absoluto, puesto que aparecen en uno o varios párrafos de forma indistinta. Si hablamos de la ubicación de los resúmenes observamos que en *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* se localizan entre el título y el texto del documento original -pese a que en la segunda las publicaciones empezó no siendo ésta su ubicación-, mientras que los resúmenes aparecidos en *Acta Clinica Belgica* no suelen aparecer en dicho lugar, puesto que entre el título y el resumen se ubican las palabras clave.
- Las tres revistas coinciden también en elementos estructurales relacionados con aspectos generales del resumen. *Acta Cardiologica*, *Acta Clinica Belgica* y *Actas Urológicas Españolas* coinciden en que: ningún resumen responde al metamodelo estructural que asegura la calidad del mismo, aunque en *Actas Urológicas Españolas* aparecen los resúmenes que más se asemejan a este metamodelo; el tipo de resumen no estructurado gana al resumen estructurado en todos los años del estudio (salvo en *Actas Urológicas Españolas* donde a partir de 2011 sucede lo contrario, como veremos más adelante); la mayoría de los resúmenes no reflejan tampoco la estructura del caso clínico al que acompañan, salvo que se trate de resúmenes estructurados que en medida intentan reflejarla; presencia de *moves* y *submoves* relacionadas con la *introducción* y la *presentación del caso* y ausencia, en la mayoría de ellos, de aquéllos relacionados con los *resultados* y *conclusiones*; ausencia total de la *move* que presenta las *medidas de variables* y el que menciona la *originalidad* y el *valor* del caso clínico que se presenta.

- Las tres revistas coinciden también en otra serie de aspectos que debemos destacar: cuando en los resúmenes aparecen datos de la intervención efectuada en el paciente en la mayoría de los casos sólo se ofrece información de la descripción llevada a cabo; la mención del diagnóstico; el uso de nombres comunes y sinónimos en detrimento de la utilización de nombres técnicos, aunque también aparecen.
- La presencia de una u otra *move* y *submove* puede responder a que en dos de las publicaciones, *Acta Clinica Belgica* y *Actas Urológicas Españolas*, no se da ningún tipo de recomendación o pauta, aunque hemos de decir que en *Acta Cardiologica* sí que se ofrecen esas recomendaciones a los autores (recogidas en el apartado de estado de la cuestión antes estudiado) y los resúmenes no se asemejan en la mayoría de los casos a lo que se propone en ellas.
- Pese a estas coincidencias, observamos que hay publicaciones en las que encontramos más diferencias entre unas y otras. Estas diferencias se localizan entre el bloque que forman las revistas de nacionalidad belga, *Acta Cardiologica* y *Acta Clinica Belgica*, y la publicación española, *Actas Urológicas Españolas*; aunque si profundizamos más en estas diferencias las mayores se producen entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas*. Esta afirmación y, por consiguiente, esta conclusión, está basada en la comparación de las tres publicaciones en cada una de las secciones en las que hemos dividido el cuestionario para la extracción de datos y en el metamodelo creado para realizar resúmenes de calidad desde un punto de vista estructural.
- En relación con los aspectos generales presentes en el resumen vemos que las mayores diferencias cuando no se diferencia la estructura del resumen las encontramos entre *Acta Cardiologica* y *Acta Clinica Belgica* y entre *Acta Clinica Belgica* y *Actas Urológicas Españolas*; si observamos los resúmenes estructurados, las diferencias están entre *Acta Cardiologica* y *Acta Clinica Belgica*. Por último, cuando hablamos de los resúmenes no estructurados las diferencias están empatadas entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* y entre *Acta Clinica Belgica* y *Actas Urológicas Españolas*.

- En las *moves* relacionadas con los objetivos y el tema del caso clínico las diferencias entre los resúmenes, sin distinguir entre tipo de estructura, se sitúan entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* y entre *Acta Clinica Belgica* y la revista española. Por su parte, en los resúmenes no estructurados las mayores diferencias están entre *Acta Clinica Belgica* y *Actas Urológicas Españolas*.
- Las mayores diferencias encontradas en la información relacionada con los pacientes están, cuando hablamos de los resúmenes sin diferenciar su estructura entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas* mientras que, cuando diferenciamos su estructura (tanto en los resúmenes estructurados como en los no estructurados) están entre *Acta Clinica Belgica* y *Actas Urológicas Españolas*.
- En la sección relacionada con la intervención de los pacientes, las mayores diferencias las encontramos (tanto en los resúmenes estructurados, en los no estructurados como cuando no diferenciamos entre el tipo de estructura) entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas*. Por su parte, en relación a la medida de variables los resúmenes, sin distinguir entre su tipo y los estructurados, las diferencias más significativas se sitúan entre *Acta Clinica Belgica* y *Actas Urológicas Españolas*.
- Asimismo, las mayores diferencias relativas a las *moves* relacionadas con los resultados las encontramos entre *Acta Cardiologica* y *Actas Urológicas Españolas*, al referirnos tanto a los resúmenes estructurados y no estructurados y como cuando no hacemos diferencia entre ambos tipos de estructuras.
- La última sección que nos encontramos en los resúmenes, ya que en las tres revistas la ausencia de la sección relacionada con la originalidad y el valor del caso está ausente de manera plena, es la de las conclusiones. Esta sección encuentra las mayores diferencias entre *Acta Clinica Belgica* y *Acta Urológicas Españolas* cuando hablamos de los resúmenes no estructurados y de los resúmenes cuando no distinguimos entre el tipo de estructura, y entre *Acta*

Cardiologica y Actas Urológicas Españolas cuando hemos estudiado los resúmenes estructurados.

- Si hablamos de la tendencia experimentada por los resúmenes en el período cronológico seleccionado, llegamos a la conclusión de que no ha habido una evolución patente y significativa en lo relacionado con la presencia de una determinada *move* y *submove*; en ninguna de las tres publicaciones. Esto se ha mantenido constante, aunque hemos de mencionar que en *Actas Urológicas Españolas* en los dos últimos años, 2011 y 2012, se ha producido un cambio relacionado con la presencia de los resúmenes en los casos clínicos, puesto que a partir de 2010 los casos clínicos que contienen resumen se reducen de manera considerable debido a que dichos casos aparecen en secciones como cartas al director o imágenes. Además, hemos de mencionar que esos últimos años los pocos resúmenes que aparecen junto a los casos clínicos son resúmenes estructurados, frente a la ausencia total de resúmenes no estructurados, por lo que podríamos decir que en esos dos años la calidad estructural de los resúmenes aparecidos es mayor que en años anteriores.

Finalmente, podríamos mencionar algunas **recomendaciones** que irían dirigidas fundamentalmente a dos agentes implicados en la realización de los resúmenes de los casos clínicos.

Una primera recomendación iría destinada a los *autores de los casos clínicos* y, por ende, a los *autores de los resúmenes*. Ellos deberían incluir toda la información que hemos identificado en el metamodelo de resumen, a la hora de confeccionar sus resúmenes, para dotar de calidad informativa y estructural al resumen.

La otra recomendación iría dirigida a los *comités editoriales de las publicaciones* donde aparecen estos casos clínicos. Estos comités deberían estar más implicados en la calidad estructural de los resúmenes que acompañan a los casos clínicos para: a) por una parte, velar porque los resúmenes se ajusten a las pautas dadas en normas, directrices y conclusiones llegadas en estudios que analizan o analizaron la calidad estructural de los resúmenes publicando para tal efecto unas pautas para los autores; y b) para por otro lado, concienciar a los autores de resúmenes de casos clínicos de la importancia de que los resúmenes contenga las *moves* y *submoves*

destinados a plasmar la estructura necesaria para que toda la información pertinente e importante esté presente en el resumen.

VI. FUTURAS INVESTIGACIONES

Creemos también importante sugerir algunas líneas de investigación a la luz de los planteamientos y resultados derivados de esta tesis. Algunas parten de las limitaciones y conclusiones de este trabajo y otras abordarían cuestiones paralelas que nos surgieron al plantearnos nuestro tema de investigación y que fueron confirmándose e integrándose teóricamente a los planteamientos epistemológicos de nuestra tesis, con necesidad de estudios más detenidos y sistematizados.

Al primer grupo de futuros trabajos pertenecería la confirmación o refutación de nuestra hipótesis con la misma metodología de análisis pero ampliando el corpus de nuestra muestra. Así, sería interesante:

- Validar nuestros resultados en un corpus especializado que incluyese un mayor número de *estudios de caso* para cada revista analizada así como ampliar la significatividad de las revistas para cada área temática de especialidad e incluso abordar nuevas especialidades de entre las que configuran el marco de las ciencias de la salud o ciencias biomédicas. Así se podría observar hasta qué punto estas tendencias son extrapolables a otras especialidades de la medicina o incluso a otras disciplinas del discurso especializado (análisis retórico interintradisciplinar).

Del mismo modo, podríamos:

- aumentar el rango de fechas analizado, con el objeto de poder dibujar un trazo histórico y evolutivo del análisis retórico del estudio de caso y, específicamente del resumen de este género discursivo (análisis diacrónico del resumen documental del estudio de caso), con el fin de analizar diferencias y variables retóricas y metadiscursivas, así como la identificación de subgéneros dentro del tipo de estudio de caso o incluso el surgimiento de nuevos géneros.
- ampliar la variedad de géneros discursivos biomédicos, abordando el resumen documental para la revisión sistemática, comunicaciones breves, comunicaciones a congresos, u otro tipo textual dentro de la literatura biomédica, con el objetivo de poder realizar un análisis intergenérico de estructuras retórico- funcionales y un árbol de variables retóricas y estructurales para los géneros biomédicos. Ello sin duda incidiría positivamente tanto en los

estudios de resumen automático y recuperación de información de especialidad como en el área de la didáctica del resumen documental y de autor profesional.

Asimismo, conscientes de que es sería necesario un análisis más completo que incluyese todos los aspectos relativos a la calidad del resumen documental y en la línea propuesta por Izquierdo y Moreno (2009) para el resumen documental del artículo científico pretendemos:

- ampliar de nuestro metamodelo, incluyendo también los niveles semántico, gramatical y léxico, que no son objeto de esta investigación.

Dentro del segundo grupo de futuros estudios incluiríamos:

- un análisis de calidad del resumen para el estudio de caso que tuviera en cuenta todas las variables que inciden en el resumen documental y el proceso resumidor.

Otro de las cuestiones a abordar sería:

- un estudio de *análisis de errores en la elaboración de los resúmenes de casos clínicos*, siguiendo las indicaciones del cuestionario elaborado en nuestro diseño y las especificaciones del metamodelo retórico-discursivo, diseñado en la línea de las propuestas investigadoras que sobre el resumen documental lleva a cabo el grupo SEMIODOC. Así consideraríamos las siguientes dimensiones de análisis:

a) *Estructura formal o retórica* (estructuración y distribución del contenido informativo en *moves* y *submoves*): Omisión de *moves/submoves*; desplazamientos de *moves/submoves*: adición de *moves/submoves*; falta de cohesión *intermoves*: marcadores discursivos retórico- estructurales

b) *Nivel Semántico* (alteraciones en el contenido): Adición (inclusión de información poco relevante. e inclusión de información no reflejada en el texto); Omisión de información relevante; redundancia o repetición informativa (repetición, paráfrasis, explicitación); imprecisiones semánticas o inconsistencia de los datos en el resumen y en el texto; descuido

en la progresión temática y cohesión (marcadores discursivos temáticos); incongruencias temáticas y sin sentidos.

c) *Nivel Gramatical*: construcciones sintácticas; orden de las palabras en la oración; longitud de las oraciones y corrección gramatical y ortográfica.

d) *Nivel Léxico*: terminología y fraseología del discurso especializado biomédico.

Consiguientemente, con las muestras seleccionadas de casos clínicos llevaremos a cabo una investigación de *análisis de errores en los resúmenes de autor*, atendiendo a los niveles: a) *retórico-formal*: revisión discursivo-argumentativa; b) *semántico-discursivo*: revisión de contenido; c) *sintáctico-gramatical*: revisión sintáctica; d) *léxico*: revisión terminológica y e) perspectiva documental: revisión de estilo.

Bibliografía

Abramson, JH 1990 Métodos de estudio en medicina comunitaria. Madrid, Díaz de Santos.

Ad Hoc Working Group for Critical Appraisal of the Medical Literature 1987. A proposal for more informative abstracts of clinical articles, *Annals of Internal Medicine*, vol. 106, nº 4, pp. 598-604.

Adams Smith, D 1984. Medical discourse: aspects of author's comment, *The ESP Journal*, vol. 3, nº 1, pp. 25-36.

Agha, R & Rosin, RD 2010. Time for a new approach to case reports, *International Journal of Surgery Case Reports*, vol. 1, nº 1, pp. 1-3.

Aitken, LM & Marshall, AP 2007. Writing a case study: ensuring a meaningful contribution to the literature, *Australian Critical Care*, nº 20, nº 4, pp. 132-136.

Alarcón Navío, E. 1998. Variedad y especificidad de la traducción médica en *II Estudios sobre Traducción e Interpretación*, L. Félix Fernández y E. Ortega Arjonilla (coords.), Málaga: Universidad de Málaga, pp. 1025-1042.

Albrecht, J, Werth, VP & Bigby, M 2009. The role of case reports in evidence-based practice, with suggestion for improving their reporting, *Journal of the American Academy of Dermatology*, vol. 60, nº 3, pp. 412-418.

Alley, M 1996. *The craft of scientific writing*. New York, Springer.

Aluisio, SM & Oliveira, ON 1996. A detailed schematic structure of research paper introductions: an application in support-writing tools, *Procesamiento del Lenguaje Natural*, nº 19, pp. 141-147.

- Andersen, J 2008. The concept of genre in information studies. *Annual Review of Information Science and Technology*, vol. 42, nº 1, pp. 339-367.
- Anderson, K & Maclean, J 1997. A genre analysis study of 80 medical abstracts, *Edinburgh Working Papers in Applied Linguistics*, vol. 8, pp. 1-23.
- Anwar, R 2004. How to write a case report, *Student BMJ*, vol. 12, pp. 60-61.
- Asociación Española de Normalización (AENOR) 1990. *Documentación: preparación de resúmenes*, UNE-50-103-9. Madrid, AENOR.
- Asociación Española de Normalización (AENOR) 1994. *Documentación: presentación de artículos en publicaciones periódicas y en serie*, UNE-50-133-94. Madrid, AENOR.
- Bailar, JC, Louis, TA, Labori, PW, & Polansky, M 1984. A Classification for biomedical research reports, *The New England Journal of Medicine*, vol. 311, nº 23, pp. 1482-1487.
- Bayoumi, AM & Kopplin, PA 2004. The storied case report, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 171, nº 6, pp. 569-570.
- Bettega, G 2012. La rédaction d'un cas clinique, *Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale*, vol. 113, nº 1, pp. 68-70.
- Bittencourt Dos Santos, M 1996. The textual organization of research paper abstracts in applied linguistics, *Text*, vol. 16, nº 4, pp. 481-499.
- Bobenrieth, MA 1994. *El artículo científico original: estructura, estilo y lectura crítica*. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.

- Bobenrieth, MA 1998. Las etapas del proceso de investigación y la estructura del artículo científico original en *Metodología de investigación y escritura científica en clínica*, ed C Burgos Rodríguez, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, pp. 311-317.
- Bodenreider, O & Pakhomov, SV 2003. Exploring adjectival modification in biomedical discourse across two genres, *Proceeding of the ACL 2003 Workshop on Natural Language Processing in Biomedicine*. Disponible desde: <<http://aclweb.org/anthology/W03-1314.pdf>>. [10 junio 2012].
- Booth, A & O'Rourke, AJ 1997. The value of structured abstracts in information retrieval from MEDLINE, *Health Libraries Review*, vol. 14, nº 3, pp. 157-166.
- Bordage, G & Querin, S 2001. Le résumé structuré: un outil de lecture, d'évaluation et de redaction, *Pédagogie Médicale*, vol. 2, nº 2, pp. 81-84.
- Buela-Casal, G & Sierra, JC 2002. Normas para la redacción de casos clínicos, *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, vol. 2, nº 3, pp. 525-532.
- Burgos Rodríguez, R, Chicharro Molero, JA & Bobenrieth, MA (ed.) 1994. *Metodología de investigación científica en clínica*. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Brett, P 1994. A genre analysis of the results section of sociology articles, *English for Specific Purposes*, vol. 13, nº 1, pp. 47-59.
- Bruce, I 2008. Cognitive genre structures in Methods sections of research articles: a corpus study, *Journal of English for Specific Purposes*, vol. 7, nº 1, pp. 38-54.
- Caldeiro, MA, Feliu, E, Foz, M, Gracia, D, Comt, C, & Rozman, D 1993. *Manual de estilo: publicaciones biomédicas*. Barcelona: Doyma.
- Cardellach, F & Ribera, JM 2007. **Tipos de artículo**, *Quaderns de la Fundació Dr. Antoni Esteve*, nº 09, pp. 15-23.

- Carey, JC 2006a. A species not extinct: publication of case reports and scientific knowledge, *American Journal of Medical Genetics*, vol. 140, n° 8, pp. 801-803.
- Carey, JC 2006b. Significance of case reports in the advancement of medical scientific knowledge, *American Journal of Medical Genetics*, vol. 140, n° 19, pp. 2131-2134.
- Carleton, HA & Webb, ML 2012. The case report in context, *The Yale Journal of Biology and Medicine*, vol. 85, n° 1, pp. 93-96.
- Chelvarajah, R & Bycroft, J 2004. Writing and publishing case report: the road to success, *Acta Neurochirurgica*, vol. 146, n° 3, pp. 313-316.
- Coccia, CT & Ausman, JI 1987. Is a case report an anecdote? In defense of personal observations in Medicine, *Surgical Neurology*, vol. 28, n° 2, pp. 111-3.
- Cohen, H 2006. How to write a patient case report, *American Journal of Health-System Pharmacy*, vol. 63, n° 19, pp. 1888-1892.
- CONSORT. *CONSORT for abstracts*. Disponible desde: <<http://www.consort-statement.org/extensions?ContentWidgetId=562>>. [19 agosto 2014].
- Crookes, G 1986. Towards a validated analysis of scientific text structure, *Applied Linguistics*, vol. 7, n° 1, pp. 57-70.
- Cross, C & Oppenheim, C 2006. A genre analysis of scientific abstracts, *Journal of Documentation*, vol. 62, n° 4, pp. 428-446.
- Day, RA 1979. *How to write and publishing a scientific paper*. Philadelphia, ISI Press.
- Debakey, S & Debakey, L 1983a. The abstracts: an abridged scientific report, *International Journal of Cardiology*, vol. 3, n° 4, pp. 439-445.

- Debakey, S & Debakey, L 1983b. The case report. I. Guidelines for preparation, *International Journal of Cardiology*, vol. 4, n° 3, pp. 357-364.
- Debakey, L & Debakey, S 1984. The case report. II. Style and form, *International Journal of Cardiology*, vol. 6, n° 2, pp. 247-254.
- Doherty, M 1994. What value case reports? *Annals of the Rheumatic Diseases*, vol. 53, n° 1, pp. 1-2.
- Docherty, M & Smith, R 1999. The case for structuring the discussion of scientific papers, *BMJ: British Medical Journal*, vol. 318, n° 8, pp. 1224-1225.
- Drenth, JPH, Smits, P, Thien, T & Stalenhoef, AFH 2006. The case for case reports in Netherlands Journal of Medicine, *The Netherlands Journal of Medicine*, vol. 64, n° 7, pp. 262-264.
- Drotar, D, La Greca, AM, Lemanek, K & Kazak, A 1995. Case reports in pediatric psychology: uses and guidelines for authors and reviewers. *Journal of Pediatric Psychology*, vol. 20, n° 5, pp. 549-65.
- Dudley-Evans, T 2000. Genre analysis: a key to a theory of ESP? *Ibérica: Revista de la Asociación Europea de Lenguas para Fines Específicos (AELFE)*, n° 2, pp. 3-11.
- Duke, M 1974. The well-written case report: an asset to the medical literature, *Connecticut medicine*, vol. 38, n° 4, p. 169.
- Dupuy, A, Khosrotehrani, K, Lebbé, C, Rybojad, M & Morel, P 2003. Quality of abstracts in 3 clinical dermatology journals, *Archives of Dermatology*, vol. 139, n° 5, pp. 589-593.
- Duque García, MM 1999. *Manual de estilo: el arte de escribir en inglés científico-técnico*. Madrid, Paraninfo.

- Fenton, JE, Khoo, SG, Ahmed, I, Ullah, I & Shaikh, M 2004. Tackling the case report, *Auris Nasus Larynx*, vol. 31, n° 3, pp. 205-207.
- Fidel, R 1986. Writing abstracts for free-text searching, *Journal of Documentation*, vol. 42, n° 1, pp. 11-21.
- Fox, R 2000. Writing a case report: an editor's eye view, *Hospital Medicine*, vol. 61, n° 12, pp. 863-864.
- Frahm, GF 1986. What is the role of abstracts in language teaching? *The ESP*, n° 14, pp. 63-68.
- Froom, P & Froom, J 1993. Presentation deficiencies in structured medical abstracts, *Journal of clinical epidemiology*, vol. 46, n° 7, pp. 591-594.
- García, PE 2007. El papel de la información textual en el proceso de lectura del texto especializado. *Panacea@* vol. IX, n° 26, pp.138-148. Disponible desde: http://www.tremedica.org/panacea/PanaceaPDFs/Panacea26_Diciembre2007.pdf. [26 mayo 2012]
- Gervás Camacho, J, Pérez Fernández, M, Albert Cuñat, V & Martínez Pérez, JA 2002. El caso clínico en medicina general, *Atención Primaria*, vol. 30, n° 6, pp. 405-410.
- Gil Urdiciain, B 1994. Niveles de análisis documental de contenido, *Documentación de las Ciencias de la Información*, n° 17, pp. 77-84.
- Gillaerts, P & Van de Velde, F 2010. Interactional metadiscourse in research article abstracts, *Journal of English for Academic Purposes*, vol. 9, n° 2, pp. 128-139.
- Grant, J & Laird, A 1997. Writing for medical journals, *Current Obstetrics & Gynaecology*, vol. 7, n° 3, pp. 149-155.

- Green, BN & Johnson, CD 2000a. Writing a better case report, *Journal of Sports Chiropractic & Rehabilitation*, vol. 14, nº 3, pp. 46-47.
- Green, BN & Johnson, CD 2000b. Writing patient case reports for peer-reviewed journals: secrets of the trade, *Journal of Sports Chiropractic & Rehabilitation*, vol. 14, nº 3, pp. 51-59.
- Green, BN & Johnson, CD 2006. How to write a case report for publication, *Journal of Chiropractic Medicine*, vol. 5, nº 2, pp. 72-82.
- Guimarães, CA 2006. Structured Abstracts. Narrative Review, *Acta Cirúrgica Brasileira*, vol. 21, nº 4, pp. 263-268.
- Gutiérrez Rodilla, B 1998. *La ciencia empieza en la palabra: análisis e historia del lenguaje científico*. Barcelona, Península.
- Gutierrez Rodilla, B 2003. Lo literario como fuente de inspiración para el lenguaje médico, *Panacea@ vol. IV, nº 11, pp.61-67*. Disponible desde: http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n11-tribunagutierrez.pdf?origin=publication_detail. [26 mayo 2012].
- Gutiérrez Rodilla, B 2005. *El lenguaje de las ciencias*. Madrid, Gredos.
- Halliday, MAK & Hasan, R 1985. *Language, Context, and Text: Aspects of Language in a Social-Semiotic Perspective*. Oxford University Press.
- Han, C, Kwak, KP, Marks, DM, Pae, CU, Wu, LT, Bhatia, KS, Masand, PS & Patkar, AA 2009. The impact of the CONSORT statement on reporting of randomized clinical trials in Psychiatry, *Contemporary Clinical Trials*, vol. 30, nº 2, pp. 116-122.
- Hans-Vaughn, DL, Onwuegbuzie, AJ, Slate, JR & Frels, RK 2009. Editorial: bridging research-to-practice: enhancing knowledge through abstracts, *Research in the Schools*, vol. 16, nº 2, pp. xxxvii-xlv.

- Hans-Vaughn, DL & Onwuegbuzie, AJ 2010. Quality of abstracts in articles submitted to a scholarly journal: a mixed methods case study of the journal *Research in the Schools*, *Library & Information Science Research*, vol. 32, n° 1, pp. 53-61.
- Happell, B 2012. Writing and publishing clinical articles: a practical guide, *Emergency Nurse*, vol. 20, n° 1, pp. 33-37.
- Harbourt, AM, Knecht, LS & Humphreys, BL 1995. Structured abstracts in MEDLINE, 1989-1991, *Bulletin of the Medical Library Association*, vol. 83, n° 2, pp. 190-195.
- Hartley, J 1994. Three ways to improve the clarity of journal abstracts, *British Journal of Educational Psychology*, vol. 64, n° 2, pp. 331-343.
- Hartley, J 1997. Is it appropriate to use structured abstracts in social science journals? *Learned Publishing*, vol. 10, n° 4, pp. 313-317.
- Hartley, J 1998. Is it appropriate to use structured abstracts in non-medical science journals? *Journal of Information Science*, vol. 24, n° 5, pp. 359-364.
- Hartley, J 1999. Applying ergonomics to Applied Ergonomics: using structured abstracts, *Applied Ergonomics*, vol. 30, n° 6, pp. 535-541.
- Hartley, J 2000. Are structured abstracts more or less accurate than traditional ones? A study in the psychological literature, *Journal of Information Science*, vol. 26, n° 4, pp. 273-277.
- Hartley, J 2002. Do structured abstracts take more space? And does it matter? *Journal of Information Science*, vol. 28, n° 5, pp. 417-422.
- Hartley, J 2004. Current findings from research on structured abstracts, *Journal of the Medical Library Association*, vol. 92, n° 3, pp. 368-371.
- Hartley, J 2007. Clarifying the subheadings of structured abstracts, *European Science Editing*, vol. 33, n° 2, pp. 41-42.

- Hartley, J 2011. Making the journal abstract more concrete, *Journal of Scholarly Publishing*, vol. 43, n° 1, pp. 110-115.
- Hartley, J 2014. Current finding from research on structured abstracts: an update, *Journal of the Medical Library Association: JMLA*, vol. 102, n° 2, pp. 146-148.
- Hartley, J & Benjamin, M 1998. An evaluation of structured abstracts in journals published by the British Psychological Society, *British Journal of Educational Psychology*, vol. 68, n° 3, pp. 443-456.
- Hartley, J & Betts, L 2007. The effects of spacing and titles on judgments of the effectiveness of structured abstracts, *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, vol. 58, n° 14, pp. 2335-2340.
- Hartley, J & Ganier, F 2000. Which do you prefer? Some observations on preference measures in studies of structured abstracts, *European Science Editing*, vol. 26, n° 1, pp. 4-6.
- Hartley, J & Sydes, M 1996. Which layout do you prefer? An analysis of readers' preferences for different typographic layouts of structured abstracts, *Journal of Information Science*, vol. 22, n° 1, pp. 27-37.
- Hartley, J & Sydes, M 1997. Are structured abstracts easier to read than traditional ones? *Journal of Research in Reading*, vol. 20, n° 2, pp. 122-136.
- Hartley, J, Sydes, M & Blurton, A 1996. Obtaining information accurately and quickly: are structured abstracts more efficient? *Journal of Information Science*, vol. 22, n° 5, pp. 349-356.
- Hatim, B & Mason, I 1990. *Discourse and the Translator*. Londres: Longman.
- Haynes, RB 1993. Dissent more informative abstracts: current status and evaluation, *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 46, n° 7, pp. 595-597.

- Haynes, RB, Mulrow, CD, Huth, EJ, Altman, DG, & Gardner, MJ 1990. More informative abstracts revisited, *Annals of Internal Medicine*, vol. 113, n° 1, pp. 69-76.
- Heller, MB 1991. Structured abstracts: a modest dissent, *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 44, n° 8, pp. 739-740.
- Hoffman, JR 1999. Rethinking case reports, *Western Journal of Medicine*, vol. 170, n° 5, p. 253.
- Hopewell, S, Clarke, M, Moher, D, Wager, E, Middleton, P, Altman, DG, Schulz, KF & the CONSORT Group 2008. *CONSORT for reporting randomised trials in journal and conference abstracts*. Disponible desde: <<http://www.consort-statement.org/Media/Default/Downloads/Extensions/CONSORT%20Extension%20for%20Abstracts.pdf>>. [19 agosto 2014].
- Hopkins, A & Dudley-Evans, T 1988. A genre-based investigation of the discussion sections in articles and dissertations, *English for Specific Purposes*, vol. 7, n° 2, pp. 113-121.
- Huley, S & Cumming, SD 1993. *Diseño de la investigación clínica*. Barcelona, Dogma.
- Hung, H, Chen, PC & Tsai, JJ 2012. Rhetorical structure and linguistic features of case presentations in case reports in Taiwanese and international medical journals, *Journal of English for Academic Purposes*, vol. 11, n° 3, pp. 220-228.
- Huston, P & Squires, BP 1996. Études de cas: information pour les auteurs et les examinateurs, *Canadian Medical Association Journal*, vol.154, n° 1, pp. 45-47.
- Huth, EJ 1987. Structured abstracts for paper reporting clinical trials, *Annals of Internal Medicine*, vol. 106, n° 4, pp. 626-627.
- Huth, EJ 1987. Needed: review articles with more scientific rigor, *Annals of Internal Medicine*, vol. 106, n° 4, pp. 470-471.

Huth, EJ 1990. *How to write and publish papers in the medical sciences*. Baltimore [etc.], Williams & Wilkins.

Huth, EJ 1992. *Cómo escribir y publicar trabajos en ciencias de la salud*. Barcelona, Ediciones Científicas y Técnicas.

Huth, EJ 1999. *Writing and Publishing in Medicine*. Pennsylvania, Williams y Wilkins.

Iles, RL & Piepho, RW 1996. Presenting and publishing case reports, *The Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 36, nº 7, pp. 573-579.

International Committee of Medical Journal Editor 2009. *Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals: manuscript preparation and submission: preparing a manuscript for submission to a biomedical journal*. Disponible desde: <<http://www.icmje.org/manuscript1prepare.html>>. [28 noviembre 2012].

International Committee of Medical Journal Editor 2013. *Uniform requeriments for manuscripts submitted to biomedical journal: writing and editing for biomedical publication*. Disponible desde: <<http://www.icmje.org/recommendations/browse/>>. [12 junio 2014].

International Standard Organization (ISO) 1976. *Documentation: abstracts for publications and documentation*, ISO 214-1976. Ginebra, ISO.

Izquierdo Alonso, M 2003a. Procesamiento pragmático para el tratamiento documental de contenido, *Documentación de las Ciencias de la Información*, nº 26, pp. 181-198.

Izquierdo Alonso, M 2003b. El análisis de género como metodología para la organización y representación del conocimiento en *Tendencias de investigación en Organización del Conocimiento (Trends in Knowledge organization research)* eds José Antonio Frías y Crispulo Travieso, Universidad de Salamanca, pp. 747-754.

Izquierdo Alonso, M 2004. Nuevos retos en el análisis documental de contenido: la gestión de la forma documental del contenido, *Scire*, vol. 10, nº 1, pp. 31-50.

Izquierdo Alonso, M & Moreno Fernández, LM 2009. *El resumen documental: un reto didáctico*. Madrid, ANABAD.

Izquierdo Alonso, M & Moreno Fernández, LM 2010. Perspectives of Studies on document abstracting: towards an integrated view of models and theoretical approaches, *Journal of Documentation*, vol. 66, nº 4, pp. 563-584.

JAMA. *Instructions for authors*. Disponible desde: <http://jama.jamanetwork.com/public/instructionsForAuthors.aspx#Abstracts>. [19 agosto 2014].

Jamjoom, AA, Nikkar-Esfahani, A & Fitzgerald, JEF 2009. Writing a medical case report, *Student BMJ*, vol. 17. Disponible desde: <http://student.bmj.com/student/view-article.html?id=sbmj.b5274>. [13 julio 2012].

Johnson, DH, & Bevan, DR 1996. Structured abstracts, *Canadian Journal of Anesthesia* vol. 43, nº 1, pp. 1-3.

Johnson, C & Green, B 2009. Submitting manuscripts to biomedical journals: common errors and helpful solutions, *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, vol. 32, nº 1, pp. 1-12.

Journal of Medical Case Reports (a). *About Journal of Medical Case Reports*. Disponible desde: <http://www.jmedicalcasereports.com/about>. [14 mayo 2014].

Journal of Medical Case Reports (b). *Instructions for authors*. Disponible desde: <http://www.jmedicalcasereports.com/authors/instructions/casereport>. [14 mayo 2014].

Jupal, D, Thaledi, S & Thawani, V 2013. Writing patient case reports for publication, *Education for Health*, vol. 26, nº 2, pp.126-129.

- Kaimbo WK 2012. Writing a case report, *Journal of Clinical Case Reports*, vol. 2, n° 3. Disponible desde: <<http://omicsgroup.org/journals/writing-a-case-report-2165-7920.1000e110.pdf>>. [3 febrero 2014].
- Kanoksilapatham, B 2005. Rhetorical structure of biochemistry research articles, *English for Specific Purposes*, vol. 24, n° 3, pp. 269-292.
- Kaplan, RB, Cantor, S, Hagstrom, C, Lamhi-Stein, LD, Shiotani, Y, & Boydzimmerman, D 1994. On abstract writing, *Text*, vol. 14, n° 3, pp. 401-426.
- Khan, K & Thompson, PJ 2002. A proposal for writing and appraising case reports, *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. 109, n° 8, pp. 849-851.
- Kidd, M & Hubbard, C 2007. Introducing Journal of Medical Case Reports, *Journal of Medical Case Reports*, vol. 1, n° 1, pp. 1-2
- Kidd, M & Saltman, D 2012. Case reports at the vanguard of 21st century medicine, *Journal of Medical Case Reports*, vol. 6, pp. 156-158.
- Levine, SB & Stagno, SJ 2001. Informed consent for case reports: the ethical dilemma of right to privacy versus pedagogical freedom, *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, vol. 10, n° 3, pp. 193-201.
- Li, LJ & Ge, GC 2009. Genre analysis: Structural and linguistic evolution of the English-medium medical research article (1985-2004), *English for Specific Purposes* vol. 28, n° 2, pp. 93-104.
- Lichter, PR 1991. Structured abstracts now required for all submissions to the journal, *Ophthalmology*, vol. 98, n° 11, pp. 1611-1612.
- Liddy, ER 1991. The discourse-level structure of empirical abstracts: an exploratory study, *Information Processing & Management*, vol. 27, n° 1, pp. 55-81.

- Lim, JMH 2006. Method sections of management research articles: a pedagogically motivated qualitative study, *English for Specific Purposes*, vol. 25, n° 3, pp. 282-309.
- Lindsay, D 1984. *A guide to scientific writing: manual for students and research workers*. Melbourne, Longman Cheshire.
- Lock, S 1988. Structured abstracts, *BMJ: British Medical Journal*, vol. 297, n° 6642, p. 156.
- Lorés, R 2004. On RA abstracts: from rhetorical structure to thematic organization, *English for Specific Purposes*, vol. 23, n° 3, pp. 280-302.
- López Rodríguez, CI 2000. Tipologías textuales y géneros en la normalización terminológica y ortotipográfica de la traducción médica, *Terminologie et traduction*, n° 3, pp. 95-115.
- Maher, JC 1992. *International medical communication in English*. Edinburgh, Edinburgh University Press.
- Martín Martín, P 2003. A genre analysis of English and Spanish research paper abstracts in experimental social sciences, *English for Specific Purposes*, vol. 22, n° 1, pp. 25-43.
- Martinsson, A 1983. *Guía para la redacción de artículos científicos destinados a la publicación*. París, UNESCO.
- Mason, RA 2001. The case report – an endangered species? *Anaesthesia*, vol. 56, n° 2, pp. 99-102.
- Mayor Serrano, MB 2003. *Tipología textual pragmática y didáctica de la traducción en el ámbito biomédico*. Tesis de Doctorado, Universidad de Granada.

- Mayor Serrano, MB 2004. Tipología textual pragmática de la comunicación biomédica (teórica) y formación de traductores. *Lebende Sprachen*, vol. 49, nº 4, pp. 168-174.
- Mayor Serrano, MB 200). La importancia de la tipología textual pragmática para la formación de traductores médicos. *Panace@*, vol. IX, nº 26, pp.124-137.
- McCarthy, L & Reilly, K 2000. How to write a case report, *Family Medicine*, vol. 32, nº 3, pp. 190-195.
- Méndez Cendón, B 2002. *Estrategias fraseológicas en el género discursivo de los artículos científicos médicos en lengua inglesa*. Tesis de Doctorado. Universidad de Valladolid.
- Mendiluce Cabrera, G 2004. *Estudio comparativo inglés/español del discurso biomédico escrito: la secuenciación informativa, la matización asertiva y la conexión argumentativa en la introducción y la discusión de artículos biomédicos escritos por autores nativos y no-nativos*. Tesis de Doctorado. Universidad de Valladolid.
- Mendiluce Cabrera, G & Hernández Bartolomé, AI 2004b. El zigzag retórico en el artículo biomédico inglés: evasiones, acometidas y contraataques. *Panace@*, vol.5, nº 15, pp. 232-243.
- Mendiluce Cabrera, G & Hernández Bartolomé, AI 2005. El zigzag retórico en el artículo biomédico: ahora, en español. *Panace@*, vol. 6, nº 19, pp. 32-43.
- Merino-Trujillo, A 2009. Cómo escribir documentos científicos (Parte 2). Caso Clínico, *Salud en tabasco*, vol. 15, nº 1, pp. 852-853.
- Miech, EJ, Nave, B & Mosteller, F 2005. The 20,000 article problem: how a structured abstracts can help practitioners sort out educational research, *Phi Delta Kappan*, pp. 396-400.

- Montesi, M 2006. *Métodos de evaluación y calidad de resúmenes documentales*. Gijón, Ediciones Trea.
- Montesi, M & Gil Urdiciain, B 2006. Problemas terminológicos relativos al resumen documental, *Revista Española de Documentación Científica*, vol. 29, nº 2, pp. 205-219.
- Morales, OA, González, C & Tona, J 2006. Análisis discursivo de artículos de revisión odontológicos publicados en revistas iberoamericanas entre 1995 y 2005: estudio exploratorio. MC. Pérez-Llantada, R. Plo Alastrué, CP. Neumann (eds.). *Actas del V Congreso Internacional AELFE*, Zaragoza, España: Prensa Universitaria de Zaragoza, pp. 86-92.
- Morales, OA, Cassany, D, Marín, E, & González, C 2007. Rasgos discursivos y retóricos de casos clínicos odontológicos hispanos: estudio exploratorio. M. Kuteeva y Fanha Martins (eds.). *Teaching and Learning LSP: blurring Boundaries. Proceedings of the 6th International AELFE Conference*, Lisboa, Portugal, del 13 al 15 de septiembre, pp. 232-240.
- Morales, OA 2008. *Aproximación discursiva a la escritura académica en Odontología: estructura retórica y estrategias de atenuación en casos clínicos publicadas en revistas hispanoamericanas (1999-2005)*. Tesis de Doctorado. Universitat Pompeu i Fabra
- Moreiro González, JA 1989. El resumen científico en el contexto de la teoría de la documentación. Texto y descripción sustancial, *Documentación de las Ciencias de la Información*, vol. 12, pp. 147-170.
- Moreiro González, JA 2002. Criterios e indicadores para evaluar la calidad del análisis documental de contenido, *Ciência da Informação*, vol. 31, nº 1, pp. 53-60.
- Morgan, PP 1985. Why case reports? *Canadian Medical Association Journal*, vol. 133, nº 5, p. 353.

- Morris, BA 1989. The importance of case reports, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 141, nº 9, pp. 875-876.
- Mulrow, CD 1987. The medical review article: state of the science, *Annals of Internal Medicine*, vol. 106, nº 3, pp. 485-488.
- Mulrow, CD, Thacker, SB & Pugh, JA 1988. A proposal for more informative abstracts of review articles, *Annals of Internal Medicine*, vol. 108, nº 4, pp. 613-615.
- Muñoz, CA 2002. Tipología textual y análisis para la traducción. Una tipología de géneros médicos en *Translating Science. Proceedings 2nd International Conference on Specialized Translation*, J. Chabás, R. Gaser y J. Rey (eds.), Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, pp. 319-325.
- Muñoz CA, Guerrero IG 2013. Propuesta metodológica para el diseño de una tipología de géneros médicos electrónicos. *Mutatis Mutandis*, vol. 6, nº 2, pp. 385- 399.
- Muñoz, CA, Hurtado Albir, A & Rodríguez Inés, P 2012. Propuesta integradora para identificar múltiples funciones en géneros médicos. Estudio del género caso clínico, *Lenguaje*, vol. 40, nº 1, pp. 159-182.
- Muñoz Torres, CA 2011. *Análisis contrastivo y traductológico de textos médicos (inglés-español). El caso clínico*. Tesis de Doctorado. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Nabil, S & Samman, N 2012. The impact of case reports in oral and maxillofacial surgery, *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, vol. 41, nº 7, pp. 789-796.

- Nakayama, T, Hirai, N, Yamazaki, S, & Naito, M **2005**. Adoption of structured abstracts by general medical journals and format for a structured abstract, *Journal of the Medical Library Association*, vol. 93, no 2, pp. 237-242. Disponible desde: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1082941&blobtype=pdf>. [21 noviembre 2012].
- Narine, L, Yee, DS, Einarson, TR, & Ilersich, AL 1991. Quality of abstracts of original research articles in CMAJ in 1989, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 144, n° 4, pp. 449-453.
- National Information Standards Organization (NISO) 1997. *Guidelines for abstracts*, ANSI/NISO Z39.14-1997. Bethesda (Maryland), NISO Press.
- Ng, KH & Peh, WC 2009. Writing the discussion, *Singapore Medical Journal*, vol. 50, n° 5, pp. 468-461.
- Nwogu, KN 1997. The medical research paper: structure and functions, *English for Specific Purposes*, vol. 16, n° 2, pp. 119-138.
- O'Connor, M 1996. *Writing successfully in science*. London, Routledge.
- Oliver del Olmo, S 2004. *Análisis contrastivo español/inglés de la atenuación retórica en el discurso médico. El artículo de investigación y el caso clínico*. Tesis de Doctorado. Universitat Pompeu Fabra.
- Onishi, H 2008. The role of case presentations for teaching and learning activities, *The Kaohsiung journal of medical sciences*, vol. 24, n° 7, pp. 356-360.
- Paice, CD 1990. Constructing literature abstracts by computer: techniques and prospects, *Information Processing & Management*, vol. 26, n° 1, pp. 171-186.
- Paltridge, B 1997. *Genres, frames and writing in research settings*. Amsterdam, Philadelphia, John Benjamins Publishing.

- Papanas N, Lazarides MK 2008. Writing a case report: polishing a gem? *International Angiology*, vol. 27, n° 4, p. 344.
- Patole, S & Whitehall, J 2000. Publishing case reports – a powerful tool for academic motivation, *Postgraduate Medical Journal*, vol. 76, n° 899, p. 597.
- Peh WC 2008. Basic structure and types of scientific papers, *Singapore Medical Journal*, vol. 49, n° 7, pp. 522-525.
- Peh WC 2009. Preparing the references, *Singapore Medical Journal*, vol. 50, n° 7, pp. 659-662.
- Peh, WC 2010. Writing a case report. *Singapore Medical Journal*, vol. 51, n° 1, pp. 10-14.
- Pérez Ruiz, L 1999a. Análisis contrastivo de los resúmenes en inglés y español publicados en el campo de la epidemiología. *ES: Revista de filología inglesa*, n° 22, pp. 167-176.
- Pérez Ruiz, L 1999b. Análisis contrastivo de 60 resúmenes médicos en inglés y español, en *Estudios de lingüística contrastiva*, eds L Iglesias Rábade, & P Núñez Pertejo, pp. 413-417.
- Pertuzé, J 2006. Criterios para publicar casos clínicos, *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, vol. 22, n° 2, pp. 105-107.
- Pho, PD 2008. Research article abstracts in applied linguistic and educational technology: a study of linguistic realizations of rhetorical structure and authorial stance, *Discourse Studies*, vol. 10, n° 2, pp. 231-250.
- Pilegaard, M 1997. Translation of medical research articles, *Benjamins Translation Library*, 1997, vol. 26, p. 159-184.

- Pinto, M 2006. A grounded theory on abstracts quality: weighting variables and attributes, *Scientometrics*, vol. 69, n° 2, pp. 213-226.
- Pinto, M & Lancaster, FW 1999. Abstracts and abstracting in knowledge discovery, *Library Trends*, vol. 48, n° 1, pp. 234-248.
- Piqué-Angordans, J & Posteguillo, S 2006. Medical discourse and academic genres, en *Encyclopedia of language & linguistics*, vol. 7, ed K Brown, Oxford, New York, Elsevier, pp. 649-657.
- Pitkin, RM 1987. The importance of the abstract, *Obstetrics & Gynecology*, vol. 70, n° 2, p. 267.
- Pitkin, RM & Branagan, MA 1998. Can the accuracy of abstracts be improved by providing specific instructions? *JAMA*, vol. 280, n° 3, pp. 267-269.
- Pitkin, R, Branagan, MA & Burmeister, LF 1999. Accuracy of data in abstracts of published research articles, *JAMA*, vol. 281, n° 12, pp. 1110-1111.
- Pitkin, R, Branagan, MA & Burmeister, LF 2000. Effectiveness of a journal intervention to improve abstract quality, *JAMA*, vol. 283, n° 4, p. 481.
- Posteguillo, S 1999. The schematic structure of computer science research articles, *English for Specific Purposes*, vol. 18, n° 2, pp. 139-160.
- Posteguillo, S, Piqué Angordans, J 2007. El lenguaje de las ciencias médicas: comunicación escrita en *Las lenguas profesionales y académicas*, E Alacaráz Varó, JM Martínez & F Yus Ramos, Ariel, Barcelona, pp. 176-178.
- Prototapas, A & Athanasiou, T 2011. Evolving dimensions in medical case reporting, *Journal of Medical Case Report*, vol. 5, n° 1, p. 164. Disponible desde: <http://www.jmedicalcasereport.com/content/5/1/164>>. [14 marzo 2014].

- Puerta López-Cozar, JL & Mauri, A 1995. *Manual para la redacción, traducción y publicación de textos médicos*, Barcelona, Masson.
- Pujari, BD 2004. The case report, *Indian Journal of Surgery*, vol. 66, nº 2, pp. 101-104.
- Ramulu, VG, Levine, RB, Hebert, RS & Wright, SM 2005. Development of a case report review instrument, *International journal of clinical practice*, vol. 59, nº 4, pp. 457-461.
- Rebagliato, M, Ruiz Pérez, I & Arranz, M 1996. Metodología de investigación en epidemiología. Madrid, Díaz de Santos.
- Rennie, D, GLASS, R 1991. Structuring abstracts to make them more informative, *JAMA*, vol. 266, nº 1, pp. 116-117.
- Reyes Ortiz, CA 2001. Recomendaciones para escribir un artículo científico, *MedUNAB*, vol 4, nº 12, pp. 161-165.
- Riesenberg, DD 1986. Case report in the medical literature, *JAMA*, vol. 255, nº 15, p. 2067.
- Riley, HD 1975. Preparing a case report, *Southern Medical Journal*, vol. 68, nº 1, pp. 79-80.
- Ripple, AM, Mork, JG, Knecht, LS, Humphreys; BL 2011. A retrospective cohort study of structured abstracts in MEDLINE, 1992-2006, *Journal of the Medical Library Association: JMLA*, vol. 99, nº 2, pp. 160-163.
- Roland, CG 1968. The case report, *JAMA*, vol. 205, nº 5, pp. 83-84.
- Rosselli, D & Otero, A 2002. The case report is far from dead, *The Lancet*, vol. 359, nº 9300, p. 84.

Rubio, JE 1998. Lenguaje y comunicación en la ciencia, *Razón y palabra: primera revista electrónica en América Latina especializada en tópicos de Comunicación*, n° 12. Disponible desde: <http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n12/leng12.html>. [14 junio 2012].

Salager-Meyer, F 1990a. Discoursal flaws in medical English abstracts: a genre analysis per research- and text-type, *Text*, vol. 10, n° 4, pp. 365-384.

Salager-Meyer, F 1990b. Discoursal movements in medical English abstracts and their linguistic exponents: a genre analysis study, *INTERFACE: Journal of Applied Linguistics*, vol. 4, n° 2, pp. 107-124.

Salager-Meyer, F 1991. Medical English abstracts: how well are they structured? *JASIS*, vol. 42, n° 7, pp. 528-531. Disponible desde: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/10049465/PDFSTART>. [22 noviembre 2012].

Salager-Meyer, F 1992. A text-type and move analysis study of verb tense and modality distribution in medical English abstracts, *English for Specific Purposes*, vol. 11, n° 2, pp. 93-113.

Salager-Meyer, F 1994. Hedges and textual communicative function in medical English written discourse, *English for Specific Purposes*, vol. 13, n° 2, pp. 149-170.

Salager-Meyer, F 2012. The importance of medical case reports, *European Science Editing*, vol. 38, n° 2, pp. 38-39.

Salager-Meyer, F & Alcaraz-Ariza, MA 2003. Academic criticism in Spanish medical discourse: a cross-generic approach, *International Journal of Applied Linguistics*, vol. 13, n° 1, pp. 96-114.

- Salager-Meyer, F, Defives, G & Hamelynck, M 1996. The evolution of medical research writing (1800-1994): A principal component analysis of hedging, *Interface: a Journal of Applied Linguistics*, vol. 11, n° 1.
- Salager-Meyer, F, Defives G & Hamelynck M 1996. Epistemic modality in 19th and 20th century medical English written discourse: a principal component analysis, *Interface: a Journal of Applied Linguistics*, vol. 10, n° 2, pp. 163-199.
- Samraj, B 2002. Introductions in research articles: variations across disciplines, *English for Specific Purposes*, vol. 21, n° 1, pp. 1-17.
- Samraj, B 2005. An exploration of a genre set: research article abstract and introductions in two disciplines, *English for Specific Purposes*, vol. 24, n° 2, pp. 141-156.
- Sándor, Á & De Waard, A 2012. Identifying claimed knowledge updates in biomedical research articles en *Proceedings of the 50th Annual Meeting of the Association for Computational Linguistics*, Jeju, Korea, pp. 10-17.
- Scherer, RW & Crawley, B 1998. Reporting of randomized clinical trial descriptors and use of structured abstracts, *JAMA*, vol. 280, n° 3, pp. 269-272.
- Schulz, K, Altman, D & Moher, D 2010. CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials, *Annals of internal medicine*, 2010, vol. 152, n° 11, p. 726-732.
- Sconfienza, LM, Di Leo, G, Muzzupappa, C, & Sardanelli, F 2011. The abstracts format of original articles: differences between imaging and non-imaging journals, *European Radiology*, vol. 21, n° 11, pp. 2235-2243.
- Sharma, S & Harrison, JE 2006. Structured abstracts: do they improve the quality of information in abstracts? *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, vol. 130, n° 4, pp. 523-530.

- Siebers, R 2001. Data inconsistencies in abstracts of articles in Clinical Chemistry, *Clinical Chemistry*, vol. 47, n° 1, p. 149.
- Simpson, RJ, Griggs, TR 1985. Case reports and medical progress, *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 28, n° 3, pp. 402-406.
- Skelton, J 1997. The representation of truth in academic medical writing, *Applied Linguistics*, vol. 18, n° 2, pp. 121-140.
- Smith, R 2008. Why do we need Cases Journal? *Cases Journal*, vol. 1, n°1, p.1.
Disponible desde: <<http://www.casejournal.com/content/1/1/1>>. [13 marzo 2014].
- Smith, R 2009. Case journal: time for a new path, *Cases Journal*, vol. 2, pp. 1-2.
Disponible desde: <<http://www.casejournal.com/content/2/1/9122>>. [13 marzo 2014].
- Squires, BP 1989. Biomedical review articles: what editors want from authors and peer reviewers. *Canadian Medical Association Journal*, vol. 141, n° 3, pp. 195-197.
- Squires, BP 1989. Case reports: what editors want from authors and peer reviewers, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 141, n° 5, pp. 379-380.
- Squires, BP 1990a. Structured abstracts; résumés normalisés, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 142, n° 7, p. 703.
- Squires, BP 1990b. Structured abstracts of original research and review articles, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 143, n° 7, pp. 619-622.
- Stotesbury, H 2003. Evaluation in research article abstracts in the narrative and hard sciences, *Journal of English for Academic Purposes*, vol. 2, n° 4, pp. 327-341.

- Straatsma, BR 1994. Information for authors and benefits to readers, *American Journal of Ophthalmology*, vol. 118, n° 1, p. 104-105.
- Sun, Z 2013. Tips for writing a case report for the novice author, *Journal of Medical Radiation Sciences*, vol. 60, n° 3, pp. 108-113.
- Swales, J 1990. *Genre analysis: English in academic and research settings*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Taavitsainen, I & Pahta, P 2000. Conventions of professional writing, *Journal of English Linguistics*, vol. 28, n° 1, pp. 60-76.
- Taddio, A, Pain, T, Fassos, FF, Boon, H, Ilersich, AL & Einarson, TR 1994. Quality of nonstructured and structured abstracts of original research articles in the British Medical Journal, the Canadian Medical Association Journal and the Journal of the American Medical Association. *Canadian Medical Association Journal*, vol. 150, n° 10, pp. 1611-1615.
- Târcoveanu, E, Roca, M, Mihăescu T 2011. Writing and publication of a clinical case report. *Chirurgia*, vol.106, n° 5, pp. 581-584.
- Teng, CL 2010. Writing Case Reports. *Malaysian Family Physician: the Official Journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*, vol. 5, no 3, p. 113.
- Tenopir, C & Jacso, P 1993. Quality of abstract, *Online*, vol. 17, n° 3, pp. 44-55.
- Timmer, A, Sutherland, LR. & Hilsden, RJ 2003. Development and evaluation of a quality score for abstracts, *BMC Medical Research Methodology*, vol. 3, n° 1, p. 2. Disponible desde: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2288/3/2>>. [21 julio 2012].

- Tirado Pedregosa, G, Hueso Montoro, C, Cuevas Fernández-Gallego, M, Montoya Juárez, R, Bonill de las Nieves, C, Schmidt Río-Del Valle, J 2011. Cómo escribir un caso clínico en Enfermería utilizando Taxonomía NANDA, NOC, NIC, Index de Enfermería, vol. 20, nº 1-2, pp. 111-115.
- Thompson, DK 1993. Arguing for experimental “facts” in science: a study of research article results sections in biochemistry, *Written Communication*, vol. 10, nº 1, pp. 106-128.
- Tramèr, MR 2001. CONSORT, QUOROM, and structured abstracts –new rules for authors, new tools for readers, *European Academy of Anaesthesiology*, vol. 18, nº 1, pp. 1-2.
- Trawinski, B 1989. A methodology for writing problem structured abstracts, *Information Processing & Management*, vol. 25, nº 6, pp. 693-702.
- Tresaire, T 1995. What is the place of the clinical case report in medical publishing? *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 88, nº 5, p. 279.
- Uribarri, I 2012. La descripción científica y el caso clínico, *Hematología*, vol. 16, nº 2, pp. 124-129.
- Urrutia, G, Tort, S & Bonfill, X 2005. Metaanálisis (QUOROM), *Medicina Clínica*, vol. 125, pp. 32-37.
- Vandenbroucke, JP 1999. Case-reports in an evidence-based world, *Journal of The Royal Society of Medicine*, vol. 92, nº 4, pp. 159-163.
- Vandenbroucke, JP 2001. In Defense of case reports and case series, *Annals of Internal Medicine*, vol, 134, nº 4, pp. 330-334.
- Van Dijk, TA 1983. *La ciencia del texto*. Barcelona, Paidós.

- Vázquez del Árbol, E 2002. *Propuesta de un análisis comparado de cien textos biomédicos (español e inglés) desde la perspectiva del género*. Tesis de Doctorado. Universidad de Granada
- Vázquez y Del Árbol, E 2004. Características del discurso biomédico y su estructura: el caso de las Cartas al director. *Medical Translation*, vol. 8, nº 2. Disponible desde: <<http://www.bokorlang.com/journal/28biomed.htm>> [21 septiembre 2015].
- Vázquez y Del Árbol, E 2005. The rhetorical structure of biomedical sub-genres, *Panace@*, vol. VI, nº 19, pp. 28-31. Disponible desde: <http://www.tremedica.org/panacea/PanaceaPDFs/panacea19_Marzo2005.pdf>. [29 mayo 2012].
- Vázquez y Del Árbol, E 2006. La redacción del discurso biomédico (inglés-español): rasgos principales, *Panace@*, vol. VII, nº 24, pp. 307-317. Disponible desde: <http://www.tremedica.org/panacea/PanaceaPDFs/Panacea24_Diciembre2006.pdf>. [21 junio 2012].
- Vilstrup, H & Sorensen, HT 1998. A comparative study of scientific evaluation of abstracts submitted to the 1995 European Association for the Study of the Liver Copenhagen Meeting, *Danish Medical Bulletin*, vol. 45, nº 3, pp. 317-319.
- Walter, G, Rey, JM & Dekker, F 2001. The humble case report, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 35, nº 2, pp. 240-245.
- Weissberg, R 1990. *Writing up research: experimental research report writing for students of English*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall Regents.
- Winker, MA 1999. The need for concrete improvement in abstract quality, *JAMA*, vol. 281, nº 12, pp. 1129-1130.
- Wong, G 2008. Case reports: A helping hand to generalists, *Journal of Medical Case Reports*, vol. 2, nº 1, p. 311.

- Wong, HL, Truong, D, Mahamed, A, Davidian, C, Rana, Z, & Einarson, TR 2005. Quality of structured abstracts of original research articles in the British Medical Journal, the Canadian Medical Association Journal and the Journal of the American Medical Association: a 10-year follow-up study, *Current Medical Research and Opinion*, vol. 21, n° 4, pp-467-473.
- Yitschaky, O, Yitschaky, M & Zadik, Y 2011. Case report on trial: do you, Doctor, swear to tell the truth, the whole truth and nothing but the truth? *Journal of Medical Case Reports*, vol. 5, n° 1, pp. 1-3.
- Zhang, L 2012. Grasping the structure of journal articles: utilizing the functions of information units, *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, vol. 63, n° 3 pp. 469-480.
- Zhao, J & Tao, W 2013. A genre analysis of medical abstracts by Chinese and English native speakers. *Journal of Medical Colleges of PLA*, vol. 28, n° 1, pp. 60-64.

Anexo I. Tablas de datos de *Acta Cardiológica*

ASPECTOS GENERALES

Visión de conjunto

	v01	v02	v03	v04	v05	v06
0	318	204	3	58	263	309
1	3	117	318	263	58	12

Tabla 1. Frecuencia

	v01	v02	v03	v04	v05	v06
0	99.07	63.55	0.93	18.07	81.93	96.26
1	0.93	36.45	99.07	81.93	18.07	3.74

Tabla 2. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

1	2	3	4
2	201	105	13

Tabla 3. Suma (frecuencias)

1	2	3	4
0.62	62.62	32.71	4.05

Tabla 4. Suma (porcentaje)

De las 321 *Acta Cardiológica* que se han analizado: 2 tienen 1 ítem positivo, 201 tienen 2 ítems positivos, 105 tienen 3 ítems positivos, 13 tienen 4 ítems positivos.

- v01. El resumen responde a la estructura del metamodelo de resumen: introducción, presentación del caso, resultados/discusión, conclusiones y originalidad/valor

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	12	16	16	20	20	19	20	29	14	34	36	41	41
1	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0

Tabla 5. Evolución v01 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
85.71	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	96.67	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
14.29	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.33	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 6. Suma (porcentaje)

- v02. ¿Guarda relación la estructura del resumen con la del caso clínico?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	8	9	12	13	10	7	15	18	10	23	23	29	27
1	6	7	4	7	10	12	5	12	4	11	13	12	14

Tabla 7. Evolución v02 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
57.14	56.25	75.00	65.00	50.00	36.84	75.00	60.00	71.43	67.65	63.89	70.73	65.85
42.86	43.75	25.00	35.00	50.00	63.16	25.00	40.00	28.57	32.35	36.11	29.27	34.15

Tabla 8. Suma (porcentaje)

- v03. ¿Se encuentra el resumen localizado entre el título del caso clínico y el texto del documento original?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
1	14	16	15	20	20	19	20	30	14	34	36	39	41

Tabla 9. Evolución v03 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0.00	0.00	6.25	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.88	0.00
100.00	100.00	93.75	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	95.12	100.00

Tabla 10. Suma (porcentaje)

- v04. ¿Está compuesto de un solo párrafo?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	5	3	1	1	2	3	6	11	2	10	3	8	3
1	9	13	15	19	18	16	14	19	12	24	33	33	38

Tabla 11. Evolución v04 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
35.71	18.75	6.25	5.00	10.00	15.79	30.00	36.67	14.29	29.41	8.33	19.51	7.32
64.29	81.25	93.75	95.00	90.00	84.21	70.00	63.33	85.71	70.59	91.67	80.49	92.68

Tabla 12. Suma (porcentaje)

- v05. ¿Está estructurado en varios párrafos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	9	13	15	19	18	16	14	19	12	24	33	33	38
1	5	3	1	1	2	3	6	11	2	10	3	8	3

Tabla 13. Evolución v05 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
64.29	81.25	93.75	95.00	90.00	84.21	70.00	63.33	85.71	70.59	91.67	80.49	92.68
35.71	18.75	6.25	5.00	10.00	15.79	30.00	36.67	14.29	29.41	8.33	19.51	7.32

Tabla 14. Suma (porcentaje)

- v06. ¿Aparece la estructura explícita?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	14	16	16	19	19	19	20	23	14	33	35	40	41
1	0	0	0	1	1	0	0	7	0	1	1	1	0

Tabla 15. Evolución v06 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	95.00	95.00	100.00	100.00	76.67	100.00	97.06	97.22	97.56	100.00
0.00	0.00	0.00	5.00	5.00	0.00	0.00	23.33	0.00	2.94	2.78	2.44	0.00

Tabla 16. Suma (porcentaje)

Acta Cardiológica en resumen estructurado

	v01	v02	v03	v04	v05	v06
0	12	1	0	12	0	0
1	0	11	12	0	12	12

Tabla 17. Frecuencia

	v01	v02	v03	v04	v05	v06
0	100.00	8.33	0.00	100.00	0.00	0.00
1	0.00	91.67	100.00	0.00	100.00	100.00

Tabla 18. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

3	4
1	11

Tabla 19. Suma

3	4
8.33	91.67

Tabla 20. Suma (porcentaje)

De las 12 *Acta Cardiológica* con estructura que se han analizado: 1 tienen 3 ítem positivo, 11 tienen 4 ítems positivos.

- v01. El resumen responde a la estructura del metamodelo de resumen: introducción, presentación del caso, resultados/discusión, conclusiones y originalidad/valor

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	1	1	7	1	1	1

Tabla 21. Evolución v01 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 22. Suma (porcentaje)

- v02. ¿Guarda relación la estructura del resumen con la del caso clínico?
- v03. ¿Se encuentra el resumen localizado entre el título del caso clínico y el texto del documento original?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	0	0	1	0	0	0
1	1	1	6	1	1	1

Tabla 23. Evolución v02 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
0.00	0.00	14.29	0.00	0.00	0.00
100.00	100.00	85.71	100.00	100.00	100.00

Tabla 24. Suma (porcentaje)

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
1	1	1	7	1	1	1

Tabla 25. Evolución v03 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 26. Suma (porcentaje)

- v04. ¿Está compuesto de un solo párrafo?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	1	1	7	1	1	1

Tabla 27. Evolución v04 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 28. Suma (porcentaje)

- v05. ¿Está estructurado en varios párrafos?
- v06. ¿Aparece la estructura explícita?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
1	1	1	7	1	1	1

Tabla 29. Evolución v05 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 30. Suma (porcentaje)

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
1	1	1	7	1	1	1

Tabla 31. Evolución v06 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 32. Suma (porcentaje)

Acta Cardiológica en resumen estructurado

	v01	v02	v03	v04	v05	v06
0	306	203	3	46	263	309
1	3	106	306	263	46	0

Tabla 33. Frecuencia

	v01	v02	v03	v04	v05	v06
0	99.03	65.70	0.97	14.89	85.11	100.00
1	0.97	34.30	99.03	85.11	14.89	0.00

Tabla 34. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

1	2	3	4
2	201	104	2

Tabla 35. Suma

1	2	3	4
0.65	65.05	33.66	0.65

Tabla 36. Suma (porcentaje)

De las 309 *Acta Cardiológica* sin estructura que se han analizado: 2 tienen 1 ítem positivo, 201 tienen 2 ítems positivos, 104 tienen 3 ítems positivos, 2 tienen 4 ítems positivos.

- v01. El resumen responde a la estructura del metamodelo de resumen: introducción, presentación del caso, resultados/discusión, conclusiones y originalidad/valor.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	12	16	16	19	19	19	20	22	14	33	35	40	41
1	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0

Tabla 37. Evolución v01 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
85.71	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	95.65	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
14.29	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.35	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 38. Suma (porcentaje)

- v02. ¿Guarda relación la estructura del resumen con la del caso clínico?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	8	9	12	13	10	7	15	17	10	23	23	29	27
1	6	7	4	6	9	12	5	6	4	10	12	11	14

Tabla 39. Evolución v02 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
57.14	56.25	75.00	68.42	52.63	36.84	75.00	73.91	71.43	69.70	65.71	72.50	65.85
42.86	43.75	25.00	31.58	47.37	63.16	25.00	26.09	28.57	30.30	34.29	27.50	34.15

Tabla 40. Suma (porcentaje)

- v03. ¿Se encuentra el resumen localizado entre el título del caso clínico y el texto del documento original?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
1	14	16	15	19	19	19	20	23	14	33	35	38	41

Tabla 41. Evolución v03 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0.00	0.00	6.25	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.00	0.00
100.00	100.00	93.75	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	95.00	100.00

Tabla 42. Suma (porcentaje)

- v04. ¿Está compuesto de un solo párrafo?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	5	3	1	0	1	3	6	4	2	9	2	7	3
1	9	13	15	19	18	16	14	19	12	24	33	33	38

Tabla 43. Evolución v04 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
35.71	18.75	6.25	0.00	5.26	15.79	30.00	17.39	14.29	27.27	5.71	17.50	7.32
64.29	81.25	93.75	100.00	94.74	84.21	70.00	82.61	85.71	72.73	94.29	82.50	92.68

Tabla 44. Suma (porcentaje)

- v05. ¿Está estructurado en varios párrafos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	9	13	15	19	18	16	14	19	12	24	33	33	38
1	5	3	1	0	1	3	6	4	2	9	2	7	3

Tabla 45. Evolución v05 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
64.29	81.25	93.75	100.00	94.74	84.21	70.00	82.61	85.71	72.73	94.29	82.50	92.68
35.71	18.75	6.25	0.00	5.26	15.79	30.00	17.39	14.29	27.27	5.71	17.50	7.32

Tabla 46. Suma (porcentaje)

- v06. ¿Aparece la estructura explícita?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	14	16	16	19	19	19	20	23	14	33	35	40	41

Tabla 47. Evolución v06 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 48. Suma (porcentaje)

OBJETIVOS/TEMA

Visión de conjunto

	v08	v09	v10	v11	v12
0	123	23	302	317	4
1	198	298	19	4	317

Tabla 49. Frecuencia

	v08	v09	v10	v11	v12
0	38.32	7.17	94.08	98.75	1.25
1	61.68	92.83	5.92	1.25	98.75

Tabla 50. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

1	2	3	4
12	119	174	16

Tabla 51. Suma (frecuencias)

1	2	3	4
3.74	37.07	54.21	4.98

Tabla 52. Suma (porcentaje)

De las 321 *Acta Cardiologica* que se han analizado: 12 tienen 1 ítem positivo, 119 tienen 2 ítems positivos, 174 tienen 3 ítems positivos, 16 tienen 4 ítems positivos.

- v08. ¿Se incluyen antecedentes sobre el tema (objetivo) desarrollado en la caso expuesto?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	1	5	2	14	6	7	5	8	7	15	19	16	18
1	13	11	14	6	14	12	15	22	7	19	17	25	23

Tabla 53. Evolución v08 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
7.14	31.25	12.50	70.00	30.00	36.84	25.00	26.67	50.00	44.12	52.78	39.02	43.90
92.86	68.75	87.50	30.00	70.00	63.16	75.00	73.33	50.00	55.88	47.22	60.98	56.10

Tabla 54. Suma (porcentaje)

- v09. ¿Se distingue el objetivo principal del trabajo del o de los secundarios si los hay?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	0	0	0	0	0	0	0	9	4	3	3	3	1
1	14	16	16	20	20	19	20	21	10	31	33	38	40

Tabla 55. Evolución v09 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	30.00	28.57	8.82	8.33	7.32	2.44
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	70.00	71.43	91.18	91.67	92.68	97.56

Tabla 56. Suma (porcentaje)

- v10. ¿El objetivo aparece explícitamente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	12	16	16	18	19	19	20	22	12	33	36	38	41
1	2	0	0	2	1	0	0	8	2	1	0	3	0

Tabla 57. Evolución v10 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
85.71	100.00	100.00	90.00	95.00	100.00	100.00	73.33	85.71	97.06	100.00	92.68	100.00
14.29	0.00	0.00	10.00	5.00	0.00	0.00	26.67	14.29	2.94	0.00	7.32	0.00

Tabla 58. Suma (porcentaje)

- v11. ¿Aparecen reproducidos los objetivos secundarios?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	14	16	15	20	20	19	20	28	14	34	36	41	40
1	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1

Tabla 59. Evolución v11 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	93.75	100.00	100.00	100.00	100.00	93.33	100.00	100.00	100.00	100.00	97.56
0.00	0.00	6.25	0.00	0.00	0.00	0.00	6.67	0.00	0.00	0.00	0.00	2.44

Tabla 60. Suma (porcentaje)

- v12. ¿Aparece el problema de salud y su importancia?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1
1	14	16	15	20	20	19	20	29	14	33	36	41	40

Tabla 61. Evolución v12 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0.00	0.00	6.25	0.00	0.00	0.00	0.00	3.33	0.00	2.94	0.00	0.00	2.44
100.00	100.00	93.75	100.00	100.00	100.00	100.00	96.67	100.00	97.06	100.00	100.00	97.56

Tabla 62. Suma (porcentaje)

Acta Cardiológica en resumen estructurado

	v08	v09	v10	v11	v12
0	4	0	2	10	0
1	8	12	10	2	12

Tabla 63. Frecuencia

	v08	v09	v10	v11	v12
0	33.33	0.00	16.67	83.33	0.00
1	66.67	100.00	83.33	16.67	100.00

Tabla 64. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

3	4
4	8

Tabla 65. Suma

3	4
33.33	66.67

Tabla 66. Suma (porcentaje)

De las 12 *Acta Cardiológica* con estructura que se han analizado: 4 tienen 3 ítem positivo, 8 tienen 4 ítems positivos.

- v08. ¿Se incluyen antecedentes sobre el tema (objetivo) desarrollado en el caso?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	0	0	2	1	0	1
1	1	1	5	0	1	0

Tabla 67. Evolución v08 a lo largo de los años

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
	0.00	0.00	28.57	100.00	0.00	100.00
	100.00	100.00	71.43	0.00	100.00	0.00

Tabla 68. Suma (porcentaje)

- v09. ¿Se distingue el objetivo principal del trabajo del o de los secundarios si los hay?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
1	1	1	7	1	1	1

Tabla 69. Evolución v09 a lo largo de los años

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 70. Suma (porcentaje)

- v10. ¿El objetivo aparece explícitamente?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	0	1	0	0	1	0
1	1	0	7	1	0	1

Tabla 71. Evolución v10 a lo largo de los años

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
	0.00	100.00	0.00	0.00	100.00	0.00
	100.00	0.00	100.00	100.00	0.00	100.00

Tabla 72. Suma (porcentaje)

- v11. ¿Aparecen reproducidos los objetivos secundarios?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	1	1	5	1	1	1
1	0	0	2	0	0	0

Tabla 73. Evolución v11 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
100.00	100.00	71.43	100.00	100.00	100.00
0.00	0.00	28.57	0.00	0.00	0.00

Tabla 74. Suma (porcentaje)

- v12. ¿Aparece el problema de salud y su importancia?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
1	1	1	7	1	1	1

Tabla 75. Evolución v12 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 76. Suma (porcentaje)

Acta Cardiologica en resumen no estructurado

	v08	v09	v10	v11	v12
0	119	23	300	307	4
1	190	286	9	2	305

Tabla 77. Frecuencia

	v08	v09	v10	v11	v12
0	38.51	7.44	97.09	99.35	1.29
1	61.49	92.56	2.91	0.65	98.71

Tabla 78. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

1	2	3	4
12	119	170	8

Tabla 79. Suma

1	2	3	4
3.88	38.51	55.02	2.59

Tabla 80. Suma (porcentaje)

De las 309 *Acta Cardiologica* sin estructura que se han analizado: 12 tienen 1 ítem positivo, 119 tienen 2 ítems positivos, 170 tienen 3 ítems positivos, 8 tienen 4 ítems positivos.

- v08. ¿Se incluyen antecedentes sobre el tema (objetivo) desarrollado en el caso expuesto?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	1	5	2	14	6	7	5	6	7	14	19	15	18
1	13	11	14	5	13	12	15	17	7	19	16	25	23

Tabla 81. Evolución v08 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
7.14	31.25	12.50	73.68	31.58	36.84	25.00	26.09	50.00	42.42	54.29	37.50	43.90
92.86	68.75	87.50	26.32	68.42	63.16	75.00	73.91	50.00	57.58	45.71	62.50	56.10

Tabla 82. Suma (porcentaje)

- v09. ¿Se distingue el objetivo principal del trabajo del o de los secundarios si los hay?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	0	0	0	0	0	0	0	9	4	3	3	3	1
1	14	16	16	19	19	19	20	14	10	30	32	37	40

Tabla 83. Evolución v09 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	39.13	28.57	9.09	8.57	7.50	2.44
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	60.87	71.43	90.91	91.43	92.50	97.56

Tabla 84. Suma (porcentaje)

- v10. ¿El objetivo aparece explícitamente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	12	16	16	18	18	19	20	22	12	33	35	38	41
1	2	0	0	1	1	0	0	1	2	0	0	2	0

Tabla 85. Evolución v10 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
85.71	100.00	100.00	94.74	94.74	100.00	100.00	95.65	85.71	100.00	100.00	95.00	100.00
14.29	0.00	0.00	5.26	5.26	0.00	0.00	4.35	14.29	0.00	0.00	5.00	0.00

Tabla 86. Suma (porcentaje)

- v11. ¿Aparecen reproducidos los objetivos secundarios?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	14	16	15	19	19	19	20	23	14	33	35	40	40
1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Tabla 87. Evolución v11 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	93.75	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	97.56
0.00	0.00	6.25	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.44

Tabla 88. Suma (porcentaje)

- v12. ¿Aparece el problema de salud y su importancia?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1
1	14	16	15	19	19	19	20	22	14	32	35	40	40

Tabla 89. Evolución v12 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0.00	0.00	6.25	0.00	0.00	0.00	0.00	4.35	0.00	3.03	0.00	0.00	2.44
100.00	100.00	93.75	100.00	100.00	100.00	100.00	95.65	100.00	96.97	100.00	100.00	97.56

Tabla 90. Suma (porcentaje)

METODOLOGÍA/PACIENTES

Visión de conjunto

	v14	v15	v16	v17	v18
0	85	158	153	163	306
1	236	163	167	158	15

Tabla 91. Frecuencia

	v14	v15	v16	v17	v18
0	26.48	49.22	47.81	50.78	95.33
1	73.52	50.78	52.19	49.22	4.67

Tabla 92. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	1	2	3	4	5
69	36	49	67	96	4

Tabla 93. Suma (frecuencias)

0	1	2	3	4	5
21.50	11.21	15.26	20.87	29.91	1.25

Tabla 94. Suma (porcentaje)

De las 321 *Acta Cardiologica* que se han analizado: 69 tienen 0 ítem positivo, 36 tienen 1 ítems positivos, 49 tienen 2 ítems positivos, 67 tienen 3 ítems positivos, 96 tienen 4 ítems positivos, 4 tienen 5 ítems positivos.

- v14. ¿Se indica el número de pacientes?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	2	7	6	5	2	5	5	7	4	11	9	10	12
1	12	9	10	15	18	14	15	23	10	23	27	31	29

Tabla 95. Evolución v14 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
14.29	43.75	37.50	25.00	10.00	26.32	25.00	23.33	28.57	32.35	25.00	24.39	29.27
85.71	56.25	62.50	75.00	90.00	73.68	75.00	76.67	71.43	67.65	75.00	75.61	70.73

Tabla 96. Suma (porcentaje)

- v15. ¿Se describen las características, el contexto y los aspectos primarios del paciente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	3	4	1	5	7	3	8	16	7	16	24	30	34
1	11	12	15	15	13	16	12	14	7	18	12	11	7

Tabla 97. Evolución v15 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
21.43	25.00	6.25	25.00	35.00	15.79	40.00	53.33	50.00	47.06	66.67	73.17	82.93
78.57	75.00	93.75	75.00	65.00	84.21	60.00	46.67	50.00	52.94	33.33	26.83	17.07

Tabla 98. Suma (porcentaje)

- v16. ¿Se da información del sexo del paciente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	4	13	8	10	8	10	13	17	8	18	13	14	17
1	10	3	7	10	12	9	7	13	6	16	23	27	24

Tabla 99. Evolución v16 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
28.57	81.25	53.33	50.00	40.00	52.63	65.00	56.67	57.14	52.94	36.11	34.15	41.46
71.43	18.75	46.67	50.00	60.00	47.37	35.00	43.33	42.86	47.06	63.89	65.85	58.54

Tabla 100. Suma (porcentaje)

- v17. ¿Se da información de la edad del paciente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	5	14	12	7	9	9	13	19	8	19	12	17	19
1	9	2	4	13	11	10	7	11	6	15	24	24	22

Tabla 101. Evolución v17 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
35.71	87.50	75.00	35.00	45.00	47.37	65.00	63.33	57.14	55.88	33.33	41.46	46.34
64.29	12.50	25.00	65.00	55.00	52.63	35.00	36.67	42.86	44.12	66.67	58.54	53.66

Tabla 102. Suma (porcentaje)

- v18. ¿Se ofrecen características demográficas comunes

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	11	14	16	19	20	19	19	25	13	33	36	40	41
1	3	2	0	1	0	0	1	5	1	1	0	1	0

Tabla 103. Evolución v18 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
78.57	87.50	100.00	95.00	100.00	100.00	95.00	83.33	92.86	97.06	100.00	97.56	100.00
21.43	12.50	0.00	5.00	0.00	0.00	5.00	16.67	7.14	2.94	0.00	2.44	0.00

Tabla 104. Suma (porcentaje)

Acta Cardiológica en resumen estructurado

	v14	v15	v16	v17	v18
0	2	6	8	8	7
1	10	6	4	4	5

Tabla 105. Frecuencia

	v14	v15	v16	v17	v18
0	16.67	50.00	66.67	66.67	58.33
1	83.33	50.00	33.33	33.33	41.67

Tabla 106. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	1	2	3	4
1	2	3	3	3

Tabla 107. Suma

0	1	2	3	4
8.33	16.67	25.00	25.00	25.00

Tabla 108. Suma (porcentaje)

De las 12 *Acta Cardiologica* con estructura que se han analizado: 1 tienen 0 ítem positivo, 2 tienen 1 ítem positivo, 3 tienen 2 ítems positivos, 3 tienen 3 ítems positivos, 3 tienen 4 ítems positivos.

- v14. ¿Se indica el número de pacientes?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	0	0	1	0	1	0
1	1	1	6	1	0	1

Tabla 109. Evolución v14 a lo largo de los años

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0.00	0.00	14.29	0.00	100.00	0.00	
100.00	100.00	85.71	100.00	0.00	100.00	

Tabla 110. Suma (porcentaje)

- v15. ¿Se describen características, el contexto y los aspectos primarios del paciente?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	1	0	4	0	1	0
1	0	1	3	1	0	1

Tabla 111. Evolución v15 a lo largo de los años

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
100.00	0.00	57.14	0.00	100.00	0.00	
0.00	100.00	42.86	100.00	0.00	100.00	

Tabla 112. Suma (porcentaje)

- v16. ¿Se da información del sexo del paciente?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	1	0	6	0	1	0
1	0	1	1	1	0	1

Tabla 113. Evolución v16 a lo largo de los años

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
100.00	0.00	85.71	0.00	100.00	0.00	
0.00	100.00	14.29	100.00	0.00	100.00	

Tabla 114. Suma (porcentaje)

- v17. ¿Se da información de la edad del paciente?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	1	0	6	0	1	0
1	0	1	1	1	0	1

Tabla 115. Evolución v17 a lo largo de los años

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
100.00	0.00	85.71	0.00	100.00	0.00	
0.00	100.00	14.29	100.00	0.00	100.00	

Tabla 116. Suma (porcentaje)

- v18. ¿Se ofrecen características demográficas comunes o contexto?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	1	1	2	1	1	1
1	0	0	5	0	0	0

Tabla 117. Evolución v18 a lo largo de los años

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
100.00	100.00	28.57	100.00	100.00	100.00	
0.00	0.00	71.43	0.00	0.00	0.00	

Tabla 118. Suma (porcentaje)

Acta Cardiologica en resumen no estructurado

	v14	v15	v16	v17	v18
0	83	152	145	155	299
1	226	157	163	154	10

Tabla 119. Frecuencia

	v14	v15	v16	v17	v18
0	26.86	49.19	47.08	50.16	96.76
1	73.14	50.81	52.92	49.84	3.24

Tabla 120. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	1	2	3	4	5
68	34	46	64	93	4

Tabla 121. Suma

0	1	2	3	4	5
22.01	11.00	14.89	20.71	30.10	1.29

Tabla 122. Suma (porcentaje)

De las 309 *Acta Cardiologica* sin estructura que se han analizado: 68 tienen 0 ítem positivo, 34 tienen 1 ítems positivos, 46 tienen 2 ítems positivos, 64 tienen 3 ítems positivos, 93 tienen 4 ítems positivos, 4 tienen 5 ítems positivos.

- v14. ¿Se indica el número de pacientes?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	2	7	6	5	2	5	5	6	4	11	8	10	12
1	12	9	10	14	17	14	15	17	10	22	27	30	29

Tabla 123. Evolución v14 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
14.29	43.75	37.50	26.32	10.53	26.32	25.00	26.09	28.57	33.33	22.86	25.00	29.27
85.71	56.25	62.50	73.68	89.47	73.68	75.00	73.91	71.43	66.67	77.14	75.00	70.73

Tabla 124. Suma (porcentaje)

- v15. ¿Se describen las características, el contexto y los aspectos primarios del paciente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	3	4	1	4	7	3	8	12	7	16	23	30	34
1	11	12	15	15	12	16	12	11	7	17	12	10	7

Tabla 125. Evolución v15 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
21.43	25.00	6.25	21.05	36.84	15.79	40.00	52.17	50.00	48.48	65.71	75.00	82.93
78.57	75.00	93.75	78.95	63.16	84.21	60.00	47.83	50.00	51.52	34.29	25.00	17.07

Tabla 126. Suma (porcentaje)

- v16. ¿Se da información del sexo del paciente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	4	13	8	9	8	10	13	11	8	18	12	14	17
1	10	3	7	10	11	9	7	12	6	15	23	26	24

Tabla 127. Evolución v16 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
28.57	81.25	53.33	47.37	42.11	52.63	65.00	47.83	57.14	54.55	34.29	35.00	41.46
71.43	18.75	46.67	52.63	57.89	47.37	35.00	52.17	42.86	45.45	65.71	65.00	58.54

Tabla 128. Suma (porcentaje)

- v17. Se da información de la edad del paciente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	5	14	12	6	9	9	13	13	8	19	11	17	19
1	9	2	4	13	10	10	7	10	6	14	24	23	22

Tabla 129. Evolución v17 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
35.71	87.50	75.00	31.58	47.37	47.37	65.00	56.52	57.14	57.58	31.43	42.50	46.34
64.29	12.50	25.00	68.42	52.63	52.63	35.00	43.48	42.86	42.42	68.57	57.50	53.66

Tabla 130. Suma (porcentaje)

- v18. ¿Se ofrecen características demográficas comunes o contexto?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	11	14	16	18	19	19	19	23	13	32	35	39	41
1	3	2	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0

Tabla 131. Evolución v18 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
78.57	87.50	100.00	94.74	100.00	100.00	95.00	100.00	92.86	96.97	100.00	97.50	100.00
21.43	12.50	0.00	5.26	0.00	0.00	5.00	0.00	7.14	3.03	0.00	2.50	0.00

Tabla 132. Suma (porcentaje)

METODOLOGÍA/INTERVENCIÓN

Visión de conjunto

	v20	v21	v22	v23	v24	v25	v26	v27	v28	v29
0	320	314	311	128	278	318	14	301	220	45
1	0	7	10	193	43	3	307	20	101	276

Tabla 133. Frecuencia

	v20	v21	v22	v23	v24	v25	v26	v27	v28	v29
0	100.00	97.82	96.88	39.88	86.60	99.07	4.36	93.77	68.54	14.02
1	0.00	2.18	3.12	60.12	13.40	0.93	95.64	6.23	31.46	85.98

Tabla 134. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	1	2	3	4	5	6
1	11	106	114	58	23	8

Tabla 135. Suma (frecuencias)

0	1	2	3	4	5	6
0.31	3.43	33.02	35.51	18.07	7.17	2.49

Tabla 136. Suma (porcentaje)

De las 321 *Acta Cardiologica* que se han analizado: 1 tienen 0 ítem positivo, 11 tienen 1 ítem positivo, 106 tienen 2 ítems positivos, 114 tienen 3 ítems positivos, 58 tienen 4 ítems positivos, 23 tienen 5 ítems positivos, 8 tienen 6 ítems positivos.

- v20. ¿Se especifica el tipo de trabajo efectuado?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	14	16	16	20	20	19	20	30	14	34	36	41	40

Tabla 137. Evolución v20 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 138. Suma (porcentaje)

- v21. ¿Se explica el diseño del estudio?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	14	16	16	19	20	19	20	24	14	34	36	41	41
1	0	0	0	1	0	0	0	6	0	0	0	0	0

Tabla 139. Evolución v21 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	95.00	100.00	100.00	100.00	80.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
0.00	0.00	0.00	5.00	0.00	0.00	0.00	20.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 140. Suma (porcentaje)

- v22. ¿Se ofrece la duración del estudio?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	13	16	15	19	19	19	20	27	14	33	36	40	40
1	1	0	1	1	1	0	0	3	0	1	0	1	1

Tabla 141. Evolución v22 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
92.86	100.00	93.75	95.00	95.00	100.00	100.00	90.00	100.00	97.06	100.00	97.56	97.56
7.14	0.00	6.25	5.00	5.00	0.00	0.00	10.00	0.00	2.94	0.00	2.44	2.44

Tabla 142. Suma (porcentaje)

- v23. ¿Se ofrece la descripción de la intervención?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	5	11	8	5	8	8	7	15	5	11	17	13	15
1	9	5	8	15	12	11	13	15	9	23	19	28	26

Tabla 143. Evolución v23 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
35.71	68.75	50.00	25.00	40.00	42.11	35.00	50.00	35.71	32.35	47.22	31.71	36.59
64.29	31.25	50.00	75.00	60.00	57.89	65.00	50.00	64.29	67.65	52.78	68.29	63.41

Tabla 144. Suma (porcentaje)

- v24. ¿Se da una buena descripción de los métodos usados para el cuidado del paciente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	12	13	15	15	16	11	20	28	14	32	31	35	36
1	2	3	1	5	4	8	0	2	0	2	5	6	5

Tabla 145. Evolución v24 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
85.71	81.25	93.75	75.00	80.00	57.89	100.00	93.33	100.00	94.12	86.11	85.37	87.80
14.29	18.75	6.25	25.00	20.00	42.11	0.00	6.67	0.00	5.88	13.89	14.63	12.20

Tabla 146. Suma (porcentaje)

- v25. ¿Se indica el nivel de cuidado clínico?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	14	16	16	20	20	19	20	30	14	34	36	40	39
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2

Tabla 147. Evolución v25 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	97.56	95.12
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.44	4.88

Tabla 148. Suma (porcentaje)

- v26. ¿Se ofrece el diagnóstico?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	0	0	0	0	1	0	2	2	2	1	2	1	3
1	14	16	16	20	19	19	18	28	12	33	34	40	38

Tabla 149. Evolución v26 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0.00	0.00	0.00	0.00	5.00	0.00	10.00	6.67	14.29	2.94	5.56	2.44	7.32
100.00	100.00	100.00	100.00	95.00	100.00	90.00	93.33	85.71	97.06	94.44	97.56	92.68

Tabla 150. Suma (porcentaje)

- v27. ¿Se explican los criterios de valoración de las pruebas diagnósticas?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	12	13	16	15	18	16	20	30	13	33	36	40	39
1	2	3	0	5	2	3	0	0	1	1	0	1	2

Tabla 151. Evolución v27 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
85.71	81.25	100.00	75.00	90.00	84.21	100.00	100.00	92.86	97.06	100.00	97.56	95.12
14.29	18.75	0.00	25.00	10.00	15.79	0.00	0.00	7.14	2.94	0.00	2.44	4.88

Tabla 152. Suma (porcentaje)

- v28. ¿Se usan descriptores técnicos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	2	13	9	13	11	9	15	18	13	26	31	32	28
1	12	3	7	7	9	10	5	12	1	8	5	9	13

Tabla 153. Evolución v28 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
14.29	81.25	56.25	65.00	55.00	47.37	75.00	60.00	92.86	76.47	86.11	78.05	68.29
85.71	18.75	43.75	35.00	45.00	52.63	25.00	40.00	7.14	23.53	13.89	21.95	31.71

Tabla 154. Suma (porcentaje)

- v29. ¿Se dan nombres comunes o sinónimos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	7	1	5	4	3	3	2	4	1	4	3	3	5
1	7	15	11	16	17	16	18	26	13	30	33	38	36

Tabla 155. Evolución v29 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
50.00	6.25	31.25	20.00	15.00	15.79	10.00	13.33	7.14	11.76	8.33	7.32	12.20
50.00	93.75	68.75	80.00	85.00	84.21	90.00	86.67	92.86	88.24	91.67	92.68	87.80

Tabla 156. Suma (porcentaje)

Acta Cardiológica en resumen estructurado

	v20	v21	v22	v23	v24	v25	v26	v27	v28	v29
0	12	6	10	0	8	12	0	11	3	4
1	0	6	2	12	4	0	12	1	9	8

Tabla 157. Frecuencia

	v20	v21	v22	v23	v24	v25	v26	v27	v28	v29
0	100.00	50.00	83.33	0.00	66.67	100.00	0.00	91.67	25.00	33.33
1	0.00	50.00	16.67	100.00	33.33	0.00	100.00	8.33	75.00	66.67

Tabla 158. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

3	4	5	6
1	6	3	2

Tabla 159. Suma

3	4	5	6
8.33	50.00	25.00	16.67

Tabla 160. Suma (porcentaje)

De las 12 *Acta Cardiológica* con estructura que se han analizado: 1 tienen 3 ítem positivo, 6 tienen 4 ítems positivos, 3 tienen 5 ítems positivos, 2 tienen 6 ítems positivos.

- v20. ¿Se especifica el tipo de trabajo efectuado?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	1	1	7	1	1	1

Tabla 161. Evolución v20 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 162. Suma (porcentaje)

- v21. ¿Se explica el diseño del estudio?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	0	1	2	1	1	1
1	1	0	5	0	0	0

Tabla 163. Evolución v21 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
0.00	100.00	28.57	100.00	100.00	100.00
100.00	0.00	71.43	0.00	0.00	0.00

Tabla 164. Suma (porcentaje)

- v22. ¿Se ofrece la duración del estudio?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	1	1	5	1	1	1
1	0	0	2	0	0	0

Tabla 165. Evolución v22 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
100.00	100.00	71.43	100.00	100.00	100.00
0.00	0.00	28.57	0.00	0.00	0.00

Tabla 166. Suma (porcentaje)

- v23. ¿Se ofrece la descripción de la intervención?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
1	1	1	7	1	1	1

Tabla 167. Evolución v23 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 168. Suma (porcentaje)

- v24. ¿Se da una buena descripción de los métodos usados para los cuidados del paciente?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	0	0	6	1	1	0
1	1	1	1	0	0	1

Tabla 169. Evolución v24 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
0.00	0.00	85.71	100.00	100.00	0.00
100.00	100.00	14.29	0.00	0.00	100.00

Tabla 170. Suma (porcentaje)

- v25. ¿Se indica el nivel de cuidado clínico?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	1	1	7	1	1	1

Tabla 171. Evolución v25 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 172. Suma (porcentaje)

- v26. ¿Se ofrece el diagnóstico?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
1	1	1	7	1	1	1

Tabla 173. Evolución v26 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 174. Suma (porcentaje)

- v27. ¿Se explican los criterios de valoración de las pruebas diagnósticas?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	1	1	7	0	1	1
1	0	0	0	1	0	0

Tabla 175. Evolución v27 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
100.00	100.00	100.00	0.00	100.00	100.00
0.00	0.00	0.00	100.00	0.00	0.00

Tabla 176. Suma (porcentaje)

- v28. ¿Se usan descriptores técnicos?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	1	0	0	0	1	1
1	0	1	7	1	0	0

Tabla 177. Evolución v28 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
100.00	0.00	0.00	0.00	100.00	100.00
0.00	100.00	100.00	100.00	0.00	0.00

Tabla 178. Suma (porcentaje)

- v29. ¿Se dan nombres comunes o sinónimos?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	0	1	2	1	0	0
1	1	0	5	0	1	1

Tabla 179. Evolución v29 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
0.00	100.00	28.57	100.00	0.00	0.00
100.00	0.00	71.43	0.00	100.00	100.00

Tabla 180. Suma (porcentaje)

Acta Cardiológica en resumen no estructurado

	v20	v21	v22	v23	v24	v25	v26	v27	v28	v29
0	308	308	301	128	270	306	14	290	217	41
1	0	1	8	181	39	3	295	19	92	268

Tabla 181. Frecuencia

	v20	v21	v22	v23	v24	v25	v26	v27	v28	v29
0	100.00	99.68	97.41	41.42	87.38	99.03	4.53	93.85	70.23	13.27
1	0.00	0.32	2.59	58.58	12.62	0.97	95.47	6.15	29.77	86.73

Tabla 182. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	1	2	3	4	5	6
1	11	106	113	52	20	6

Tabla 183. Suma

0	1	2	3	4	5	6
0.32	3.56	34.30	36.57	16.83	6.47	1.94
Tabla 184. Suma (porcentaje)						

De las 309 *Acta Cardiologica* sin estructura que se han analizado: 1 tienen 0 ítem positivo, 11 tienen 1 ítems positivos, 106 tienen 2 ítems positivos, 113 tienen 3 ítems positivos, 52 tienen 4 ítems positivos, 20 tienen 5 ítems positivos, 6 tienen 6 ítems positivos.

- v20. ¿Se especifica el tipo de trabajo efectuado?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	14	16	16	19	19	19	20	23	14	33	35	40	40
Tabla 185. Evolución v20 a lo largo de los años													

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tabla 186. Suma (porcentaje)												

- v21. ¿Se explica el diseño del estudio?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	14	16	16	19	19	19	20	22	14	33	35	40	41
1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Tabla 187. Evolución v21 a lo largo de los años													

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	95.65	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.35	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Tabla 188. Suma (porcentaje)												

- v22. ¿Se ofrece la duración del estudio?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	13	16	15	18	18	19	20	22	14	32	35	39	40
1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1
Tabla 189. Evolución v22 a lo largo de los años													

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
92.86	100.00	93.75	94.74	94.74	100.00	100.00	95.65	100.00	96.97	100.00	97.50	97.56
7.14	0.00	6.25	5.26	5.26	0.00	0.00	4.35	0.00	3.03	0.00	2.50	2.44

Tabla 190. Suma (porcentaje)

- v23. ¿Se ofrece la descripción de la intervención?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	5	11	8	5	8	8	7	15	5	11	17	13	15
1	9	5	8	14	11	11	13	8	9	22	18	27	26

Tabla 191. Evolución v23 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
35.71	68.75	50.00	26.32	42.11	42.11	35.00	65.22	35.71	33.33	48.57	32.50	36.59
64.29	31.25	50.00	73.68	57.89	57.89	65.00	34.78	64.29	66.67	51.43	67.50	63.41

Tabla 192. Suma (porcentaje)

- v24. ¿Se da una buena descripción de los métodos usados para los cuidados del paciente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	12	13	15	15	16	11	20	22	14	31	30	35	36
1	2	3	1	4	3	8	0	1	0	2	5	5	5

Tabla 193. Evolución v24 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
85.71	81.25	93.75	78.95	84.21	57.89	100.00	95.65	100.00	93.94	85.71	87.50	87.80
14.29	18.75	6.25	21.05	15.79	42.11	0.00	4.35	0.00	6.06	14.29	12.50	12.20

Tabla 194. Suma (porcentaje)

- v25. ¿Se indica el nivel de cuidado clínico?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	14	16	16	19	19	19	20	23	14	33	35	39	39
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2

Tabla 195. Evolución v25 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	97.50	95.12
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.50	4.88

Tabla 196. Suma (porcentaje)

- v26. ¿Se ofrece el diagnóstico?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	0	0	0	0	1	0	2	2	2	1	2	1	3
1	14	16	16	19	18	19	18	21	12	32	33	39	38

Tabla 197. Evolución v26 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0.00	0.00	0.00	0.00	5.26	0.00	10.00	8.70	14.29	3.03	5.71	2.50	7.32
100.00	100.00	100.00	100.00	94.74	100.00	90.00	91.30	85.71	96.97	94.29	97.50	92.68

Tabla 198. Suma (porcentaje)

- v27. ¿Se explican los criterios de valoración de las pruebas diagnósticas?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	12	13	16	14	17	16	20	23	13	33	35	39	39
1	2	3	0	5	2	3	0	0	1	0	0	1	2

Tabla 199. Evolución v27 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
85.71	81.25	100.00	73.68	89.47	84.21	100.00	100.00	92.86	100.00	100.00	97.50	95.12
14.29	18.75	0.00	26.32	10.53	15.79	0.00	0.00	7.14	0.00	0.00	2.50	4.88

Tabla 200. Suma (porcentaje)

- v28. ¿Se usan descriptores técnicos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	2	13	9	12	11	9	15	18	13	26	30	31	28
1	12	3	7	7	8	10	5	5	1	7	5	9	13

Tabla 201. Evolución v28 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
14.29	81.25	56.25	63.16	57.89	47.37	75.00	78.26	92.86	78.79	85.71	77.50	68.29
85.71	18.75	43.75	36.84	42.11	52.63	25.00	21.74	7.14	21.21	14.29	22.50	31.71

Tabla 202. Suma (porcentaje)

- v29. ¿Se dan nombres comunes o sinónimos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	7	1	5	4	2	3	2	2	1	3	3	3	5
1	7	15	11	15	17	16	18	21	13	30	32	37	36

Tabla 203. Evolución v29 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
50.00	6.25	31.25	21.05	10.53	15.79	10.00	8.70	7.14	9.09	8.57	7.50	12.20
50.00	93.75	68.75	78.95	89.47	84.21	90.00	91.30	92.86	90.91	91.43	92.50	87.80

Tabla 204. Suma (porcentaje)

METODOLOGÍA/MEDIDA DE VARIABLES

Visión de conjunto

	v31	v32	v33
0	310	312	321
1	11	9	0

Tabla 205. Frecuencia

	v31	v32	v33
0	96.57	97.20	100.00
1	3.43	2.80	0.00

Tabla 206. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	1	2
310	2	9

Tabla 207. Suma (frecuencias)

0	1	2
96.57	0.62	2.80

Tabla 208. Suma (porcentaje)

De las 321 *Acta Cardiologica* que se han analizado: 310 tienen 0 ítem positivo, 2 tienen 1 ítems positivos, 9 tienen 2 ítems positivos.

- v31. ¿Se da información sobre las medidas?
- v32. ¿Se identifican las variables de forma explícita?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	14	16	15	17	20	19	20	24	13	34	36	41	41
1	0	0	1	3	0	0	0	6	1	0	0	0	0

Tabla 209. Evolución v31 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	93.75	85.00	100.00	100.00	100.00	80.00	92.86	100.00	100.00	100.00	100.00
0.00	0.00	6.25	15.00	0.00	0.00	0.00	20.00	7.14	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 210. Suma (porcentaje)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	14	16	15	17	20	19	20	25	14	34	36	41	41
1	0	0	1	3	0	0	0	5	0	0	0	0	0

Tabla 211. Evolución v32 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	93.75	85.00	100.00	100.00	100.00	83.33	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
0.00	0.00	6.25	15.00	0.00	0.00	0.00	16.67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 212. Suma (porcentaje)

- v33. ¿Se ofrece la fuente de los datos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	14	16	16	20	20	19	20	30	14	34	36	41	41

Tabla 213. Evolución v33 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 214. Suma (porcentaje)

Acta Cardiologica en resumen estructurado

	v31	v32	v33
0	6	7	12
1	6	5	0

Tabla 215. Frecuencia

	v31	v32	v33
0	50.00	58.33	100.00
1	50.00	41.67	0.00

Tabla 216. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	1	2
6	1	5

Tabla 217. Suma

0	1	2
50.00	8.33	41.67

Tabla 218. Suma (porcentaje)

De las 12 *Acta Cardiologica* con estructura que se han analizado: 6 tienen 0 ítem positivo, 1 tienen 1 ítems positivos, 5 tienen 2 ítems positivos.

- v31. ¿Se da información sobre las medidas?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	1	1	1	1	1	1
1	0	0	6	0	0	0

Tabla 219. Evolución v31 a lo largo de los años

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	100.00	100.00	14.29	100.00	100.00	100.00
1	0.00	0.00	85.71	0.00	0.00	0.00
Tabla 220. Suma (porcentaje)						

- v32. ¿Se identifican las variables de forma explícita?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	1	1	2	1	1	1
1	0	0	5	0	0	0
Tabla 221. Evolución v32 a lo largo de los años						

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	100.00	100.00	28.57	100.00	100.00	100.00
1	0.00	0.00	71.43	0.00	0.00	0.00
Tabla 222. Suma (porcentaje)						

- v33. ¿Se ofrece la fuente de los datos?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	1	1	7	1	1	1
Tabla 223. Evolución v33 a lo largo de los años						

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Tabla 224. Suma (porcentaje)						

Acta Cardiologica en resumen no estructurado

	v31	v32	v33
0	304	305	309
1	5	4	0
Tabla 225. Frecuencia			

	v31	v32	v33
0	98.38	98.71	100.00
1	1.62	1.29	0.00
Tabla 226. Porcentaje			

- Suma de los ítems del bloque

0	1	2
304	1	4

Tabla 227. Suma

0	1	2
98.38	0.32	1.29

Tabla 228. Suma (porcentaje)

De las 309 *Acta Cardiologica* sin estructura que se han analizado: 304 tienen 0 ítem positivo, 1 tienen 1 ítem positivo, 4 tienen 2 ítems positivos.

- v31. ¿Se da información sobre las medidas?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	14	16	15	16	19	19	20	23	13	33	35	40	41
1	0	0	1	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0

Tabla 229. Evolución v31 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	93.75	84.21	100.00	100.00	100.00	100.00	92.86	100.00	100.00	100.00	100.00
0.00	0.00	6.25	15.79	0.00	0.00	0.00	0.00	7.14	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 230. Suma (porcentaje)

- v32. ¿Se identifican las variables de forma explícita?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	14	16	15	16	19	19	20	23	14	33	35	40	41
1	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 231. Evolución v32 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	93.75	84.21	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
0.00	0.00	6.25	15.79	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 232. Suma (porcentaje)

- v33. ¿Se ofrece la fuentes de los datos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	14	16	16	19	19	19	20	23	14	33	35	40	41

Tabla 233. Evolución v33 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 234. Suma (porcentaje)

RESULTADOS

Visión de conjunto

	v35	v36	v37	v38	v39	v40	v41	v42	v43	v44
0	209	311	236	299	321	320	309	312	314	318
1	112	10	85	22	0	1	12	9	7	3

Tabla 235. Frecuencia

	v35	v36	v37	v38	v39	v40	v41	v42	v43	v44
0	65.11	96.88	73.52	93.15	100.00	99.69	96.26	97.20	97.82	99.07
1	34.89	3.12	26.48	6.85	0.00	0.31	3.74	2.80	2.18	0.93

Tabla 236. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	1	2	3	4	5
199	18	80	16	5	3

Tabla 237. Suma (frecuencias)

0	1	2	3	4	5
61.99	5.61	24.92	4.98	1.56	0.93

Tabla 238. Suma (porcentaje)

De las 321 *Acta Cardiologica* que se han analizado: 199 tienen 0 ítem positivo, 18 tienen 1 ítems positivos, 80 tienen 2 ítems positivos, 16 tienen 3 ítems positivos, 5 tienen 4 ítems positivos, 3 tienen 5 ítems positivos.

- v35. ¿Se proporciona información sobre los datos obtenidos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	6	9	9	11	10	11	14	21	10	18	27	27	36
1	8	7	7	9	10	8	6	9	4	16	9	14	5

Tabla 239. Evolución v35 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
42.86	56.25	56.25	55.00	50.00	57.89	70.00	70.00	71.43	52.94	75.00	65.85	87.80
57.14	43.75	43.75	45.00	50.00	42.11	30.00	30.00	28.57	47.06	25.00	34.15	12.20

Tabla 240. Suma (porcentaje)

- v36. ¿Estos resultados son explícitos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	12	16	16	19	20	19	20	24	14	34	36	40	41
1	2	0	0	1	0	0	0	6	0	0	0	1	0

Tabla 241. Evolución v36 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
85.71	100.00	100.00	95.00	100.00	100.00	100.00	80.00	100.00	100.00	100.00	97.56	100.00
14.29	0.00	0.00	5.00	0.00	0.00	0.00	20.00	0.00	0.00	0.00	2.44	0.00

Tabla 242. Suma (porcentaje)

- v37. ¿Son resultados positivos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	9	11	10	15	16	15	15	24	10	19	29	27	36
1	5	5	6	5	4	4	5	6	4	15	7	14	5

Tabla 243. Evolución v37 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
64.29	68.75	62.50	75.00	80.00	78.95	75.00	80.00	71.43	55.88	80.56	65.85	87.80
35.71	31.25	37.50	25.00	20.00	21.05	25.00	20.00	28.57	44.12	19.44	34.15	12.20

Tabla 244. Suma (porcentaje)

- v38. ¿Son resultados negativos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	11	13	15	19	19	16	18	27	14	32	34	40	41
1	3	3	1	1	1	3	2	3	0	2	2	1	0

Tabla 245. Evolución v38 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
78.57	81.25	93.75	95.00	95.00	84.21	90.00	90.00	100.00	94.12	94.44	97.56	100.00
21.43	18.75	6.25	5.00	5.00	15.79	10.00	10.00	0.00	5.88	5.56	2.44	0.00

Tabla 246. Suma (porcentaje)

- v39. ¿Se mencionan las limitaciones?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	14	16	16	20	20	19	20	30	14	34	36	41	41

Tabla 247. Evolución v39 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 248. Suma (porcentaje)

- v40. ¿Incluye cambios en las medidas primarias?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	13	16	16	20	20	19	20	30	14	34	36	41	41
1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 249. Evolución v40 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
92.86	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
7.14	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 250. Suma (porcentaje)

- v41. ¿Se incluyen interpretaciones?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	12	13	16	19	17	19	19	30	14	33	36	40	41
1	2	3	0	1	3	0	1	0	0	1	0	1	0

Tabla 251. Evolución v41 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
85.71	81.25	100.00	95.00	85.00	100.00	95.00	100.00	100.00	97.06	100.00	97.56	100.00
14.29	18.75	0.00	5.00	15.00	0.00	5.00	0.00	0.00	2.94	0.00	2.44	0.00

Tabla 252. Suma (porcentaje)

- v42. ¿Aparecen datos numéricos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	14	16	15	16	19	19	20	29	13	33	36	41	41
1	0	0	1	4	1	0	0	1	1	1	0	0	0

Tabla 253. Evolución v42 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	93.75	80.00	95.00	100.00	100.00	96.67	92.86	97.06	100.00	100.00	100.00
0.00	0.00	6.25	20.00	5.00	0.00	0.00	3.33	7.14	2.94	0.00	0.00	0.00

Tabla 254. Suma (porcentaje)

- v43. ¿Aparecen datos estadísticos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	14	16	16	19	19	19	20	25	14	34	36	41	41
1	0	0	0	1	1	0	0	5	0	0	0	0	0

Tabla 255. Evolución v43 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	95.00	95.00	100.00	100.00	83.33	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
0.00	0.00	0.00	5.00	5.00	0.00	0.00	16.67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 256. Suma (porcentaje)

- v44. ¿Todas las medidas descritas en el caso clínico tienen correspondencia en el resumen?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	13	16	16	19	20	19	20	29	14	34	36	41	41
1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0

Tabla 257. Evolución v44 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
92.86	100.00	100.00	95.00	100.00	100.00	100.00	96.67	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
7.14	0.00	0.00	5.00	0.00	0.00	0.00	3.33	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 258. Suma (porcentaje)

Acta Cardiologica en resumen estructurado

	v35	v36	v37	v38	v39	v40	v41	v42	v43	v44
0	0	5	4	10	12	12	12	9	7	10
1	12	7	8	2	0	0	0	3	5	2

Tabla 259. Frecuencia

	v35	v36	v37	v38	v39	v40	v41	v42	v43	v44
0	0.00	41.67	33.33	83.33	100.00	100.00	100.00	75.00	58.33	83.33
1	100.00	58.33	66.67	16.67	0.00	0.00	0.00	25.00	41.67	16.67

Tabla 260. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

1	2	3	4	5
1	3	2	4	2

Tabla 261. Suma

1	2	3	4	5
8.33	25.00	16.67	33.33	16.67

Tabla 262. Suma (porcentaje)

De las 12 *Acta Cardiologica* con estructura que se han analizado: 1 tienen 1 ítem positivo, 3 tienen 2 ítems positivos, 2 tienen 3 ítems positivos, 4 tienen 4 ítems positivos, 2 tienen 5 ítems positivos.

- v35. ¿Se proporciona información sobre los resultados obtenidos?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
1	1	1	7	1	1	1

Tabla 263. Evolución v35 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 264. Suma (porcentaje)

- v36. ¿Estos resultados son explícitos?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	0	1	1	1	1	1
1	1	0	6	0	0	0

Tabla 265. Evolución v36 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
0.00	100.00	14.29	100.00	100.00	100.00
100.00	0.00	85.71	0.00	0.00	0.00

Tabla 266. Suma (porcentaje)

- v37. ¿Son resultados positivos?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	1	1	2	0	0	0
1	0	0	5	1	1	1

Tabla 267. Evolución v37 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
100.00	100.00	28.57	0.00	0.00	0.00
0.00	0.00	71.43	100.00	100.00	100.00

Tabla 268. Suma (porcentaje)

- v38. ¿Son resultados negativos?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	1	1	6	0	1	1
1	0	0	1	1	0	0

Tabla 269. Evolución v38 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
100.00	100.00	85.71	0.00	100.00	100.00
0.00	0.00	14.29	100.00	0.00	0.00

Tabla 270. Suma (porcentaje)

- v39. ¿Se mencionan las limitaciones?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	1	1	7	1	1	1

Tabla 271. Evolución v39 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 272. Suma (porcentaje)

- v40. ¿Incluye cambios en las medidas primarias?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	1	1	7	1	1	1

Tabla 273. Evolución v40 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 274. Suma (porcentaje)

- v41. ¿Se incluyen interpretaciones?
- v42. ¿Aparecen datos numéricos?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	1	1	7	1	1	1

Tabla 275. Evolución v41 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 276. Suma (porcentaje)

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	0	1	6	0	1	1
1	1	0	1	1	0	0

Tabla 277. Evolución v42 a lo largo de los años

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0.00	100.00	85.71	0.00	100.00	100.00	100.00
100.00	0.00	14.29	100.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 278. Suma (porcentaje)

- v43. ¿Aparecen datos estadísticos?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	1	1	2	1	1	1
1	0	0	5	0	0	0

Tabla 279. Evolución v43 a lo largo de los años

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
100.00	100.00	28.57	100.00	100.00	100.00	100.00
0.00	0.00	71.43	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 280. Suma (porcentaje)

- v44. ¿Todas las medidas descritas en el caso clínico tienen correspondencia en el resumen?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	0	1	6	1	1	1
1	1	0	1	0	0	0

Tabla 281. Evolución v44 a lo largo de los años

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0.00	100.00	85.71	100.00	100.00	100.00	100.00
100.00	0.00	14.29	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 282. Suma (porcentaje)

Acta Cardiológica en resumen no estructurado

	v35	v36	v37	v38	v39	v40	v41	v42	v43	v44
0	209	306	232	289	309	308	297	303	307	308
1	100	3	77	20	0	1	12	6	2	1

Tabla 283. Frecuencia

	v35	v36	v37	v38	v39	v40	v41	v42	v43	v44
0	67.64	99.03	75.08	93.53	100.00	99.68	96.12	98.06	99.35	99.68
1	32.36	0.97	24.92	6.47	0.00	0.32	3.88	1.94	0.65	0.32

Tabla 284. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	1	2	3	4	5
199	17	77	14	1	1

Tabla 285. Suma

0	1	2	3	4	5
64.40	5.50	24.92	4.53	0.32	0.32

Tabla 286. Suma (porcentaje)

De las 309 *Acta Cardiológica* sin estructura que se han analizado: 199 tienen 0 ítem positivo, 17 tienen 1 ítem positivo, 77 tienen 2 ítems positivos, 14 tienen 3 ítems positivos, 1 tienen 4 ítems positivos, 1 tienen 5 ítems positivos.

- v35. ¿Se proporciona información sobre los resultados obtenidos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	6	9	9	11	10	11	14	21	10	18	27	27	36
1	8	7	7	8	9	8	6	2	4	15	8	13	5

Tabla 287. Evolución v35 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
42.86	56.25	56.25	57.89	52.63	57.89	70.00	91.30	71.43	54.55	77.14	67.50	87.80
57.14	43.75	43.75	42.11	47.37	42.11	30.00	8.70	28.57	45.45	22.86	32.50	12.20

Tabla 288. Suma (porcentaje)

- v36. ¿Estos resultados son explícitos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	12	16	16	19	19	19	20	23	14	33	35	39	41
1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

Tabla 289. Evolución v36 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
85.71	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	97.50	100.00
14.29	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.50	0.00

Tabla 290. Suma (porcentaje)

- v37. ¿Son resultados positivos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	9	11	10	14	15	15	15	22	10	19	29	27	36
1	5	5	6	5	4	4	5	1	4	14	6	13	5

Tabla 291. Evolución v37 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
64.29	68.75	62.50	73.68	78.95	78.95	75.00	95.65	71.43	57.58	82.86	67.50	87.80
35.71	31.25	37.50	26.32	21.05	21.05	25.00	4.35	28.57	42.42	17.14	32.50	12.20

Tabla 292. Suma (porcentaje)

- v38. ¿Son resultados negativos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	11	13	15	18	18	16	18	21	14	32	33	39	41
1	3	3	1	1	1	3	2	2	0	1	2	1	0

Tabla 293. Evolución v38 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
78.57	81.25	93.75	94.74	94.74	84.21	90.00	91.30	100.00	96.97	94.29	97.50	100.00
21.43	18.75	6.25	5.26	5.26	15.79	10.00	8.70	0.00	3.03	5.71	2.50	0.00

Tabla 294. Suma (porcentaje)

- v39. ¿Se mencionan las limitaciones?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	14	16	16	19	19	19	20	23	14	33	35	40	41

Tabla 295. Evolución v39 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 296. Suma (porcentaje)

- v40. ¿Incluye cambios en las medidas primarias?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	13	16	16	19	19	19	20	23	14	33	35	40	41
1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 297. Evolución v40 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
92.86	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
7.14	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 298. Suma (porcentaje)

- v41. ¿Se incluyen interpretaciones?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	12	13	16	18	16	19	19	23	14	32	35	39	41
1	2	3	0	1	3	0	1	0	0	1	0	1	0

Tabla 299. Evolución v41 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
85.71	81.25	100.00	94.74	84.21	100.00	95.00	100.00	100.00	96.97	100.00	97.50	100.00
14.29	18.75	0.00	5.26	15.79	0.00	5.00	0.00	0.00	3.03	0.00	2.50	0.00

Tabla 300. Suma (porcentaje)

- v42. ¿Aparecen datos numéricos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	14	16	15	16	18	19	20	23	13	33	35	40	41
1	0	0	1	3	1	0	0	0	1	0	0	0	0

Tabla 301. Evolución v42 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	93.75	84.21	94.74	100.00	100.00	100.00	92.86	100.00	100.00	100.00	100.00
0.00	0.00	6.25	15.79	5.26	0.00	0.00	0.00	7.14	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 302. Suma (porcentaje)

- v43. ¿Aparecen datos estadísticos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	14	16	16	18	18	19	20	23	14	33	35	40	41
1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 303. Evolución v43 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	94.74	94.74	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
0.00	0.00	0.00	5.26	5.26	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 304. Suma (porcentaje)

- v44. ¿Todas las medidas descritas en el caso clínico tienen correspondencia en el resumen?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	13	16	16	19	19	19	20	23	14	33	35	40	41
1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 305. Evolución v44 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
92.86	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
7.14	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 306. Suma (porcentaje)

CONCLUSIONES

Visión de conjunto

	v46	v47	v48	v49	v50	v51
0	208	287	320	276	319	321
1	113	34	1	45	2	0

Tabla 307. Frecuencia

	v46	v47	v48	v49	v50	v51
0	64.80	89.41	99.69	85.98	99.38	100.00
1	35.20	10.59	0.31	14.02	0.62	0.00

Tabla 308. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	1	2	3
179	98	35	9

Tabla 309. Suma (frecuencias)

0	1	2	3
55.76	30.53	10.90	2.80

Tabla 310. Suma (porcentaje)

De las 321 *Acta Cardiologica* que se han analizado: 179 tienen 0 ítem positivo, 98 tienen 1 ítems positivos, 35 tienen 2 ítems positivos, 9 tienen 3 ítems positivos.

- v46. ¿Se ofrecen las conclusiones a las que se ha llegado?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	16	12	17	12	13	13	13	8	23	18	28	25
1	4	0	4	3	8	6	7	17	6	11	18	13	16

Tabla 311. Evolución v46 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
71.43	100.00	75.00	85.00	60.00	68.42	65.00	43.33	57.14	67.65	50.00	68.29	60.98
28.57	0.00	25.00	15.00	40.00	31.58	35.00	56.67	42.86	32.35	50.00	31.71	39.02

Tabla 312. Suma (porcentaje)

- v47. ¿Las conclusiones fueron consistentes con los resultados?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	12	16	14	19	15	15	19	23	13	32	32	37	40
1	2	0	2	1	5	4	1	7	1	2	4	4	1

Tabla 313. Evolución v47 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
85.71	100.00	87.50	95.00	75.00	78.95	95.00	76.67	92.86	94.12	88.89	90.24	97.56
14.29	0.00	12.50	5.00	25.00	21.05	5.00	23.33	7.14	5.88	11.11	9.76	2.44

Tabla 314. Suma (porcentaje)

- v48. ¿Se menciona las implicaciones del estudio?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	14	16	16	20	20	19	20	30	14	34	36	40	41
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

Tabla 315. Evolución v48 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	97.56	100.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.44	0.00

Tabla 316. Suma (porcentaje)

- v49. ¿Se menciona su contribución a la literatura?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	6	12	16	13	17	17	19	27	12	33	29	36	39
1	8	4	0	7	3	2	1	3	2	1	7	5	2

Tabla 317. Evolución v49 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
42.86	75.00	100.00	65.00	85.00	89.47	95.00	90.00	85.71	97.06	80.56	87.80	95.12
57.14	25.00	0.00	35.00	15.00	10.53	5.00	10.00	14.29	2.94	19.44	12.20	4.88

Tabla 318. Suma (porcentaje)

- v50. ¿Se dan recomendaciones para estudios posteriores?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	14	16	16	20	20	18	20	30	14	33	36	41	41
1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0

Tabla 319. Evolución v50 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	94.74	100.00	100.00	100.00	97.06	100.00	100.00	100.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.26	0.00	0.00	0.00	2.94	0.00	0.00	0.00

Tabla 320. Suma (porcentaje)

- v51. ¿Resume anteriores secciones del resumen?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	14	16	16	20	20	19	20	30	14	34	36	41	41

Tabla 321. Evolución v51 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 322. Suma (porcentaje)

Acta Cardiológica en resumen estructurado

	v46	v47	v48	v49	v50	v51
0	0	1	12	11	12	12
1	12	11	0	1	0	0

Tabla 323. Frecuencia

	v46	v47	v48	v49	v50	v51
0	0.00	8.33	100.00	91.67	100.00	100.00
1	100.00	91.67	0.00	8.33	0.00	0.00

Tabla 324. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

1	2	3
1	10	1

Tabla 325. Suma

1	2	3
8.33	83.33	8.33

Tabla 326. Suma (porcentaje)

De las 12 *Acta Cardiologica* con estructura que se han analizado: 1 tienen 1 ítem positivo, 10 tienen 2 ítems positivos, 1 tienen 3 ítems positivos.

- v46. ¿Se ofrecen las conclusiones a las que se ha llegado?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
1	1	1	7	1	1	1

Tabla 327. Evolución v46 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 328. Suma (porcentaje)

- v47. ¿Las conclusiones fueron consistentes con los resultados?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	0	0	0	1	0	0
1	1	1	7	0	1	1

Tabla 329. Evolución v47 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
0.00	0.00	0.00	100.00	0.00	0.00
100.00	100.00	100.00	0.00	100.00	100.00

Tabla 330. Suma (porcentaje)

- v48. ¿Se mencionan las implicaciones del estudio?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	1	1	7	1	1	1

Tabla 331. Evolución v48 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 332. Suma (porcentaje)

- v49. ¿Se menciona su contribución a la literatura?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	1	1	6	1	1	1
1	0	0	1	0	0	0

Tabla 333. Evolución v49 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
100.00	100.00	85.71	100.00	100.00	100.00
0.00	0.00	14.29	0.00	0.00	0.00

Tabla 334. Suma (porcentaje)

- v50. ¿Se dan recomendaciones para estudios posteriores?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	1	1	7	1	1	1

Tabla 335. Evolución v50 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 336. Suma (porcentaje)

- v51. ¿Resume anteriores secciones del resumen?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	1	1	7	1	1	1

Tabla 337. Evolución v51 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 338. Suma (porcentaje)

Acta Cardiologica en resumen no estructurado

	v46	v47	v48	v49	v50	v51
0	208	286	308	265	307	309
1	101	23	1	44	2	0

Tabla 339. Frecuencia

	v46	v47	v48	v49	v50	v51
0	67.31	92.56	99.68	85.76	99.35	100.00
1	32.69	7.44	0.32	14.24	0.65	0.00

Tabla 340. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	1	2	3
179	97	25	8

Tabla 341. Suma

0	1	2	3
57.93	31.39	8.09	2.59

Tabla 342. Suma (porcentaje)

De las 309 *Acta Cardiologica* sin estructura que se han analizado: 179 tienen 0 ítem positivo, 97 tienen 1 ítem positivo, 25 tienen 2 ítems positivos, 8 tienen 3 ítems positivos.

- v46. ¿Se ofrecen las conclusiones a las que se ha llegado?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	16	12	17	12	13	13	13	8	23	18	28	25
1	4	0	4	2	7	6	7	10	6	10	17	12	16

Tabla 343. Evolución v46 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
71.43	100.00	75.00	89.47	63.16	68.42	65.00	56.52	57.14	69.70	51.43	70.00	60.98
28.57	0.00	25.00	10.53	36.84	31.58	35.00	43.48	42.86	30.30	48.57	30.00	39.02

Tabla 344. Suma (porcentaje)

- v47. ¿Las conclusiones fueron consistentes con los resultados?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	12	16	14	19	15	15	19	23	13	31	32	37	40
1	2	0	2	0	4	4	1	0	1	2	3	3	1

Tabla 345. Evolución v47 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
85.71	100.00	87.50	100.00	78.95	78.95	95.00	100.00	92.86	93.94	91.43	92.50	97.56
14.29	0.00	12.50	0.00	21.05	21.05	5.00	0.00	7.14	6.06	8.57	7.50	2.44

Tabla 346. Suma (porcentaje)

- v48. ¿Se mencionan las implicaciones del estudio?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	14	16	16	19	19	19	20	23	14	33	35	39	41
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

Tabla 347. Evolución v48 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	97.50	100.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.50	0.00

Tabla 348. Suma (porcentaje)

- v49. ¿Se menciona su contribución a la literatura?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	6	12	16	12	16	17	19	21	12	32	28	35	39
1	8	4	0	7	3	2	1	2	2	1	7	5	2

Tabla 349. Evolución v49 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
42.86	75.00	100.00	63.16	84.21	89.47	95.00	91.30	85.71	96.97	80.00	87.50	95.12
57.14	25.00	0.00	36.84	15.79	10.53	5.00	8.70	14.29	3.03	20.00	12.50	4.88

Tabla 350. Suma (porcentaje)

- v50. ¿Se dan recomendaciones para estudios posteriores?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	14	16	16	19	19	18	20	23	14	32	35	40	41
1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0

Tabla 351. Evolución v50 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	94.74	100.00	100.00	100.00	96.97	100.00	100.00	100.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.26	0.00	0.00	0.00	3.03	0.00	0.00	0.00

Tabla 352. Suma (porcentaje)

- v51. ¿Resumen anteriores secciones del resumen?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	14	16	16	19	19	19	20	23	14	33	35	40	41

Tabla 353. Evolución v51 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 354. Suma (porcentaje)

ORIGINALIDAD/ VALOR

Visión de conjunto

	v53	v54
0	318	321
1	3	0

Tabla 355. Frecuencia

	v53	v54
0	99.07	100.00
1	0.93	0.00

Tabla 356. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	1
318	3

Tabla 357. Suma (frecuencias)

0	1
99.07	0.93

Tabla 358. Suma (porcentaje)

De las 321 *Acta Cardiologica* que se han analizado: 318 tienen 0 ítem positivo, 3 tienen 1 ítem positivos.

- v53. ¿Se especifica explícitamente la originalidad del caso?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	12	16	16	19	20	19	20	30	14	34	36	41	41
1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 359. Evolución v53 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
85.71	100.00	100.00	95.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
14.29	0.00	0.00	5.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 360. Suma (porcentaje)

- v54. ¿Se describe explícitamente el valor biomédico del caso clínico?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	14	16	16	20	20	19	20	30	14	34	36	41	41

Tabla 361. Evolución v54 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 362. Suma (porcentaje)

Acta Cardiologica en resumen estructurado

	v53	v54
0	12	12

Tabla 363. Frecuencia

	v53	v54
0	100.00	100.00

Tabla 364. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0
12

Tabla 365. Suma

0
100.00

Tabla 366. Suma (porcentaje)

De las 12 *Acta Cardiologica* con estructura que se han analizado: 12 tienen 0 ítem positivos.

- v53. ¿Se especifica explícitamente la originalidad del caso?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	1	1	7	1	1	1

Tabla 367. Evolución v53 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 368. Suma (porcentaje)

- v54. ¿Se describe explícitamente el valor biomédico del caso clínico?

	2003	2004	2007	2009	2010	2011
0	1	1	7	1	1	1

Tabla 369. Evolución v54 a lo largo de los años

2003	2004	2007	2009	2010	2011
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 370. Suma (porcentaje)

Acta Cardiológica en resumen no estructurado

	v53	v54
0	306	309
1	3	0

Tabla 371. Frecuencia

	v53	v54
0	99.03	100.00
1	0.97	0.00

Tabla 372. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	1
306	3

Tabla 373. Suma

0	1
99.03	0.97

Tabla 374. Suma (porcentaje)

De las 309 *Acta Cardiológica* sin estructura que se han analizado: 306 tienen 0 ítem positivo, 3 tienen 1 ítem positivo.

- v53. ¿Se especifica explícitamente la originalidad del caso?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	12	16	16	18	19	19	20	23	14	33	35	40	41
1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 375. Evolución v53 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
85.71	100.00	100.00	94.74	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
14.29	0.00	0.00	5.26	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 376. Suma (porcentaje)

- v54. ¿Se describe explícitamente el valor biomédico del caso clínico?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	14	16	16	19	19	19	20	23	14	33	35	40	41

Tabla 377. Evolución v54 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 378. Suma (porcentaje)

Anexo II. Tablas de datos de *Acta Clinica Belgica*

ASPECTOS GENERALES

Visión de conjunto

	v01	v02	v03	v04	v05	v06
0	282	215	180	75	208	270
1	1	68	103	208	75	13

Tabla 1. Frecuencia

	v01	v02	v03	v04	v05	v06
0	99.65	75.97	63.60	26.50	73.50	95.41
1	0.35	24.03	36.40	73.50	26.50	4.59

Tabla 2. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

1	2	3	4
135	116	27	5

Tabla 3. Suma (frecuencias)

1	2	3	4
47.70	40.99	9.54	1.77

Tabla 4. Suma (porcentaje)

De las 283 *Acta Clinica Belgica* que se han analizado: 135 tienen 1 ítem positivo, 116 tienen 2 ítems positivos, 27 tienen 3 ítems positivos, 5 tienen 4 ítems positivos.

- v01. El resumen responde a la estructura del metamodelo: introducción, presentación del caso, resultados/discusión, conclusiones y originalidad/valor

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	12	15	16	15	23	21	16	22	24	30	39	39
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0

Tabla 5. Evolución v01 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	96.77	100.00	100.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.23	0.00	0.00

Tabla 6. Suma (porcentaje)

- v02. ¿Guarda relación la estructura del resumen con la del caso clínico?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	6	9	10	12	10	18	13	15	18	18	29	24	33
1	4	3	5	4	5	5	8	1	4	6	2	15	6

Tabla 7. Evolución v02 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
60.00	75.00	66.67	75.00	66.67	78.26	61.90	93.75	81.82	75.00	93.55	61.54	84.62
40.00	25.00	33.33	25.00	33.33	21.74	38.10	6.25	18.18	25.00	6.45	38.46	15.38

Tabla 8. Suma (porcentaje)

- v03. ¿Se encuentra el resumen localizado entre el título del caso clínico y el texto del documento original?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	12	15	15	13	22	20	16	22	24	10	0	1
1	0	0	0	1	2	1	1	0	0	0	21	39	38

Tabla 9. Evolución v03 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	93.75	86.67	95.65	95.24	100.00	100.00	100.00	32.26	0.00	2.56
0.00	0.00	0.00	6.25	13.33	4.35	4.76	0.00	0.00	0.00	67.74	100.00	97.44

Tabla 10. Suma (porcentaje)

- v04. ¿Está compuesto de un solo párrafo?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	3	7	3	4	1	8	7	4	8	5	13	8	4
1	7	5	12	12	14	15	14	12	14	19	18	31	35

Tabla 11. Evolución v04 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
30.00	58.33	20.00	25.00	6.67	34.78	33.33	25.00	36.36	20.83	41.94	20.51	10.26
70.00	41.67	80.00	75.00	93.33	65.22	66.67	75.00	63.64	79.17	58.06	79.49	89.74

Tabla 12. Suma (porcentaje)

- v05. ¿Está estructurado en varios párrafos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	7	5	12	12	14	15	14	12	14	19	18	31	35
1	3	7	3	4	1	8	7	4	8	5	13	8	4

Tabla 13. Evolución v05 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
70.00	41.67	80.00	75.00	93.33	65.22	66.67	75.00	63.64	79.17	58.06	79.49	89.74
30.00	58.33	20.00	25.00	6.67	34.78	33.33	25.00	36.36	20.83	41.94	20.51	10.26

Tabla 14. Suma (porcentaje)

- v06. ¿Aparece la estructura explícita?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	11	14	16	15	23	19	16	22	21	29	37	37
1	0	1	1	0	0	0	2	0	0	3	2	2	2

Tabla 15. Evolución v06 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	91.67	93.33	100.00	100.00	100.00	90.48	100.00	100.00	87.50	93.55	94.87	94.87
0.00	8.33	6.67	0.00	0.00	0.00	9.52	0.00	0.00	12.50	6.45	5.13	5.13

Tabla 16. Suma (porcentaje)

Acta Clinica Belgica en resumen estructurado

	v01	v02	v03	v04	v05	v06
0	13	2	7	13	0	0
1	0	11	6	0	13	13

Tabla 17. Frecuencia

	v01	v02	v03	v04	v05	v06
0	100.00	15.38	53.85	100.00	0.00	0.00
1	0.00	84.62	46.15	0.00	100.00	100.00

Tabla 18 Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

2	3	4
1	7	5

Tabla 19. Suma

2	3	4
7.69	53.85	38.46

Tabla 20. Suma (porcentaje)

De las 13 *Acta Clínica Belgica* con estructura que se han analizado: 1 tienen 2 ítem positivo, 7 tienen 3 ítems positivos, 5 tienen 4 ítems positivos.

- v01. El resumen responde a la estructura del metamodelo: introducción, presentación del caso, resultados/discusión, conclusiones y originalidad/valor

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	1	1	2	3	2	2	2

Tabla 21. Evolución v01 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 22. Suma (porcentaje)

- v02. ¿Guarda relación la estructura del resumen con la del caso clínico?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	0	0	0	1	1	0	0
1	1	1	2	2	1	2	2

Tabla 23. Evolución v02 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0.00	0.00	0.00	33.33	50.00	0.00	0.00
100.00	100.00	100.00	66.67	50.00	100.00	100.00

Tabla 24. Suma (porcentaje)

- v03. ¿Se encuentra el resumen localizado entre el título del caso clínico y el texto del documento original?

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

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

Tabla 25. Evolución v03 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	50.00	100.00	50.00	0.00	0.00
0.00	0.00	50.00	0.00	50.00	100.00	100.00

Tabla 26. Suma (porcentaje)

- v04. ¿Está compuesto de un solo párrafo?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	1	1	2	3	2	2	2

Tabla 27. Evolución v04 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 28. Suma (porcentaje)

- v05. ¿Está estructurado en varios párrafos?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
1	1	1	2	3	2	2	2

Tabla 29. Evolución v05 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 30. Suma (porcentaje)

- v06. ¿Aparece la estructura de forma explícita?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
1	1	1	2	3	2	2	2

Tabla 31. Evolución v06 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 32. Suma (porcentaje)

Acta Clínica Belgica en resumen no estructurado

	v01	v02	v03	v04	v05	v06
0	269	213	173	62	208	270
1	1	57	97	208	62	0

Tabla 33. Frecuencia

	v01	v02	v03	v04	v05	v06
0	99.63	78.89	64.07	22.96	77.04	100.00
1	0.37	21.11	35.93	77.04	22.96	0.00

Tabla 34. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

1	2	3
135	115	20

Tabla 35. Suma

1	2	3
50.00	42.59	7.41

Tabla 36. Suma (porcentaje)

De las 270 *Acta Clínica Belgica* sin estructura que se han analizado: 135 tienen 1 ítem positivo, 115 tienen 2 ítems positivos, 20 tienen 3 ítems positivos.

- v01. El resumen responde a la estructura del metamodelo: introducción, presentación del caso, resultados/discusión, conclusiones y originalidad/valor

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	11	14	16	15	23	19	16	22	21	28	37	37
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0

Tabla 37. Evolución v01 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	96.55	100.00	100.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.45	0.00	0.00

Tabla 38. Suma (porcentaje)

- v02. ¿Guarda relación la estructura del resumen con la del caso clínico?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	6	9	10	12	10	18	13	15	18	17	28	24	33
1	4	2	4	4	5	5	6	1	4	4	1	13	4

Tabla 39. Evolución v02 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
60.00	81.82	71.43	75.00	66.67	78.26	68.42	93.75	81.82	80.95	96.55	64.86	89.19
40.00	18.18	28.57	25.00	33.33	21.74	31.58	6.25	18.18	19.05	3.45	35.14	10.81

Tabla 40. Suma (porcentaje)

- v03. ¿Se encuentra el resumen localizado entre el título del caso clínico y el texto del documento original?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	11	14	15	13	22	19	16	22	21	9	0	1
1	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	20	37	36

Tabla 41. Evolución v03 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	93.75	86.67	95.65	100.00	100.00	100.00	100.00	31.03	0.00	2.70
0.00	0.00	0.00	6.25	13.33	4.35	0.00	0.00	0.00	0.00	68.97	100.00	97.30

Tabla 42. Suma (porcentaje)

- v04. ¿Está compuesto de un solo párrafo?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	3	6	2	4	1	8	5	4	8	2	11	6	2
1	7	5	12	12	14	15	14	12	14	19	18	31	35

Tabla 43. Evolución v04 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
30.00	54.55	14.29	25.00	6.67	34.78	26.32	25.00	36.36	9.52	37.93	16.22	5.41
70.00	45.45	85.71	75.00	93.33	65.22	73.68	75.00	63.64	90.48	62.07	83.78	94.59

Tabla 44. Suma (porcentaje)

- v05. ¿Está estructurado en varios párrafos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	7	5	12	12	14	15	14	12	14	19	18	31	35
1	3	6	2	4	1	8	5	4	8	2	11	6	2

Tabla 45. Evolución v05 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
70.00	45.45	85.71	75.00	93.33	65.22	73.68	75.00	63.64	90.48	62.07	83.78	94.59
30.00	54.55	14.29	25.00	6.67	34.78	26.32	25.00	36.36	9.52	37.93	16.22	5.41

Tabla 46. Suma (porcentaje)

- v06. ¿Aparece la estructura de forma explícita?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	11	14	16	15	23	19	16	22	21	29	37	37

Tabla 47. Evolución v06 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 48. Suma (porcentaje)

OBJETIVOS TEMA

Visión de conjunto

	v08	v09	v10	v11	v12
0	101	19	272	276	9
1	182	264	11	7	274

Tabla 49. Frecuencia

	v08	v09	v10	v11	v12
0	35.69	6.71	96.11	97.53	3.18
1	64.31	93.29	3.89	2.47	96.82

Tabla 50. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

1	2	3	4	5
8	105	161	8	1

Tabla 51. Suma (frecuencias)

1	2	3	4	5
2.83	37.10	56.89	2.83	0.35

Tabla 52. Suma (porcentaje)

De las 283 *Acta Clínica Belgica* que se han analizado: 8 tienen 1 ítem positivo, 105 tienen 2 ítems positivos, 161 tienen 3 ítems positivos, 8 tienen 4 ítems positivos, 1 tienen 5 ítems positivos.

- v08. ¿Se incluyen antecedentes sobre el tema (objetivo) desarrollado en la caso expuesto?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	3	3	6	6	8	9	4	7	10	10	16	8	11
1	7	9	9	10	7	14	17	9	12	14	15	31	28

Tabla 53. Evolución v08 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
30.00	25.00	40.00	37.50	53.33	39.13	19.05	43.75	45.45	41.67	51.61	20.51	28.21
70.00	75.00	60.00	62.50	46.67	60.87	80.95	56.25	54.55	58.33	48.39	79.49	71.79

Tabla 54. Suma (porcentaje)

- v09. ¿Se distingue el objetivo principal del trabajo del o de los secundarios si los hay?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	0	1	2	0	0	1	1	1	0	2	5	3	3
1	10	11	13	16	15	22	20	15	22	22	26	36	36

Tabla 55. Evolución v09 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0.00	8.33	13.33	0.00	0.00	4.35	4.76	6.25	0.00	8.33	16.13	7.69	7.69
100.00	91.67	86.67	100.00	100.00	95.65	95.24	93.75	100.00	91.67	83.87	92.31	92.31

Tabla 56. Suma (porcentaje)

- v10. ¿El objetivo aparece explícito?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	12	15	16	15	23	19	16	22	21	29	37	37
1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	3	2	2	2

Tabla 57. Evolución v10 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	90.48	100.00	100.00	87.50	93.55	94.87	94.87
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	9.52	0.00	0.00	12.50	6.45	5.13	5.13

Tabla 58. Suma (porcentaje)

- v11. ¿Aparecen reproducidos los objetivos secundarios?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	12	14	16	15	23	19	16	22	24	28	38	39
1	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	3	1	0

Tabla 59. Evolución v11 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	93.33	100.00	100.00	100.00	90.48	100.00	100.00	100.00	90.32	97.44	100.00
0.00	0.00	6.67	0.00	0.00	0.00	9.52	0.00	0.00	0.00	9.68	2.56	0.00

Tabla 60. Suma (porcentaje)

- v12. ¿Aparece el problema de salud y su importancia?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	5	2
1	10	12	15	16	15	22	21	16	21	24	31	34	37

Tabla 61. Evolución v12 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.35	0.00	0.00	4.55	0.00	0.00	12.82	5.13
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	95.65	100.00	100.00	95.45	100.00	100.00	87.18	94.87

Tabla 62. Suma (porcentaje)

Acta Clínica Belgica en resumen estructurado

	v08	v09	v10	v11	v12
0	3	0	6	13	0
1	10	13	7	0	13

Tabla 63. Frecuencia

	v08	v09	v10	v11	v12
0	23.08	0.00	46.15	100.00	0.00
1	76.92	100.00	53.85	0.00	100.00

Tabla 64. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

	2	3	4
1	7	5	

Tabla 65. Suma

	2	3	4
	7.69	53.85	38.46

Tabla 66. Suma (porcentaje)

De las 13 *Acta Clínica Belgica* con estructura que se han analizado: 1 tienen 2 ítem positivo, 7 tienen 3 ítems positivos, 5 tienen 4 ítems positivos.

- v08. ¿Se incluyen antecedentes sobre el tema (objetivo) desarrollado en la caso expuesto?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	0	0	0	2	1	0	0
1	1	1	2	1	1	2	2

Tabla 67. Evolución v08 a lo largo de los años

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
	0.00	0.00	0.00	66.67	50.00	0.00	0.00
	100.00	100.00	100.00	33.33	50.00	100.00	100.00

Tabla 68. Suma (porcentaje)

- v09. ¿Se distingue el objetivo principal del trabajo del o de los secundarios si los hay?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
1	1	1	2	3	2	2	2

Tabla 69. Evolución v09 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 70. Suma (porcentaje)

- v10. ¿El objetivo aparece explícitamente?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	1	1	1	1	1	0	1
1	0	0	1	2	1	2	1

Tabla 71. Evolución v10 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	50.00	33.33	50.00	0.00	50.00
0.00	0.00	50.00	66.67	50.00	100.00	50.00

Tabla 72. Suma (porcentaje)

- v11. ¿Aparecen reproducidos los objetivos secundarios?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	1	1	2	3	2	2	2

Tabla 73. Evolución v11 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 74. Suma (porcentaje)

- v12. ¿Aparece el problema de salud y su importancia?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
1	1	1	2	3	2	2	2

Tabla 75. Evolución v12 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 76. Suma (porcentaje)

Acta Clínica Belgica en resumen no estructurado

	v08	v09	v10	v11	v12
0	98	19	266	263	9
1	172	251	4	7	261

Tabla 77. Frecuencia

	v08	v09	v10	v11	v12
0	36.30	7.04	98.52	97.41	3.33
1	63.70	92.96	1.48	2.59	96.67

Tabla 78. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

1	2	3	4	5
8	104	154	3	1

Tabla 79. Suma

1	2	3	4	5
2.96	38.52	57.04	1.11	0.37

Tabla 80. Suma (porcentaje)

De las 270 *Acta Clínica Belgica* sin estructura que se han analizado: 8 tienen 1 ítem positivo, 104 tienen 2 ítems positivos, 154 tienen 3 ítems positivos, 3 tienen 4 ítems positivos, 1 tienen 5 ítems positivos.

- v08. ¿Se incluyen antecedentes sobre el tema (objetivo) desarrollado en el caso expuesto?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	3	3	6	6	8	9	4	7	10	8	15	8	11
1	7	8	8	10	7	14	15	9	12	13	14	29	26

Tabla 81. Evolución v08 a lo largo de los años

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
30.00	27.27	42.86	37.50	53.33	39.13	21.05	43.75	45.45	38.10	51.72	21.62	29.73	
70.00	72.73	57.14	62.50	46.67	60.87	78.95	56.25	54.55	61.90	48.28	78.38	70.27	

Tabla 82. Suma (porcentaje)

- v09. ¿Se distingue el objetivo principal del trabajo del o de los secundarios si los hay?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	0	1	2	0	0	1	1	1	0	2	5	3	3
1	10	10	12	16	15	22	18	15	22	19	24	34	34

Tabla 83. Evolución v09 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0.00	9.09	14.29	0.00	0.00	4.35	5.26	6.25	0.00	9.52	17.24	8.11	8.11
100.00	90.91	85.71	100.00	100.00	95.65	94.74	93.75	100.00	90.48	82.76	91.89	91.89

Tabla 84. Suma (porcentaje)

- v10. ¿El objetivo aparece explícitamente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	11	14	16	15	23	18	16	22	20	28	37	36
1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1

Tabla 85. Evolución v10 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	94.74	100.00	100.00	95.24	96.55	100.00	97.30
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.26	0.00	0.00	4.76	3.45	0.00	2.70

Tabla 86. Suma (porcentaje)

- v11. ¿Aparecen reproducidos los objetivos secundarios?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	11	13	16	15	23	17	16	22	21	26	36	37
1	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	3	1	0

Tabla 87. Evolución v11 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	92.86	100.00	100.00	100.00	89.47	100.00	100.00	100.00	89.66	97.30	100.00
0.00	0.00	7.14	0.00	0.00	0.00	10.53	0.00	0.00	0.00	10.34	2.70	0.00

Tabla 88. Suma (porcentaje)

- v12. ¿Aparece el problema de salud y su importancia?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	5	2
1	10	11	14	16	15	22	19	16	21	21	29	32	35

Tabla 89. Evolución v12 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.35	0.00	0.00	4.55	0.00	0.00	13.51	5.41
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	95.65	100.00	100.00	95.45	100.00	100.00	86.49	94.59

Tabla 90. Suma (porcentaje)

METODOLOGÍA/PACIENTES

Visión de conjunto

	v14	v15	v16	v17	v18
0	79	192	156	155	262
1	204	91	127	128	21

Tabla 91. Frecuencia

	v14	v15	v16	v17	v18
0	27.92	67.84	55.12	54.77	92.58
1	72.08	32.16	44.88	45.23	7.42

Tabla 92. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	1	2	3	4
71	41	43	68	60

Tabla 93. Suma (frecuencias)

0	1	2	3	4
25.09	14.49	15.19	24.03	21.20

Tabla 94. Suma (porcentaje)

De las 283 *Acta Clínica Belgica* que se han analizado: 71 tienen 0 ítem positivo, 41 tienen 1 ítems positivos, 43 tienen 2 ítems positivos, 68 tienen 3 ítems positivos, 60 tienen 4 ítems positivos.

- v14. ¿Se indica el número de pacientes?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	1	2	3	4	5	4	6	8	7	11	6	10	12
1	9	10	12	12	10	19	15	8	15	13	25	29	27

Tabla 95. Evolución v14 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
10.00	16.67	20.00	25.00	33.33	17.39	28.57	50.00	31.82	45.83	19.35	25.64	30.77
90.00	83.33	80.00	75.00	66.67	82.61	71.43	50.00	68.18	54.17	80.65	74.36	69.23

Tabla 96. Suma (porcentaje)

- v15. ¿Se describen las características, el contexto y los aspectos primarios del paciente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	6	7	9	10	8	10	13	13	14	14	26	31	31
1	4	5	6	6	7	13	8	3	8	10	5	8	8

Tabla 97. Evolución v15 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
60.00	58.33	60.00	62.50	53.33	43.48	61.90	81.25	63.64	58.33	83.87	79.49	79.49
40.00	41.67	40.00	37.50	46.67	56.52	38.10	18.75	36.36	41.67	16.13	20.51	20.51

Tabla 98. Suma (porcentaje)

- v16. ¿Se da información del sexo del paciente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	6	10	11	11	8	10	12	11	8	14	14	21	20
1	4	2	4	5	7	13	9	5	14	10	17	18	19

Tabla 99. Evolución v16 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
60.00	83.33	73.33	68.75	53.33	43.48	57.14	68.75	36.36	58.33	45.16	53.85	51.28
40.00	16.67	26.67	31.25	46.67	56.52	42.86	31.25	63.64	41.67	54.84	46.15	48.72

Tabla 100. Suma (porcentaje)

- v17. ¿Se da información de la edad del paciente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	5	10	10	9	6	12	11	10	9	14	16	22	21
1	5	2	5	7	9	11	10	6	13	10	15	17	18

Tabla 101. Evolución v17 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
50.00	83.33	66.67	56.25	40.00	52.17	52.38	62.50	40.91	58.33	51.61	56.41	53.85
50.00	16.67	33.33	43.75	60.00	47.83	47.62	37.50	59.09	41.67	48.39	43.59	46.15

Tabla 102. Suma (porcentaje)

- v18. ¿Se ofrecen características demográficas comunes o contexto?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	8	10	12	15	15	23	20	16	18	23	27	37	38
1	2	2	3	1	0	0	1	0	4	1	4	2	1

Tabla 103. Evolución v18 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
80.00	83.33	80.00	93.75	100.00	100.00	95.24	100.00	81.82	95.83	87.10	94.87	97.44
20.00	16.67	20.00	6.25	0.00	0.00	4.76	0.00	18.18	4.17	12.90	5.13	2.56

Tabla 104. Suma (porcentaje)

Acta Clinica Belgica en resumen estructurado

	v14	v15	v16	v17	v18
0	2	9	9	10	5
1	11	4	4	3	8

Tabla 105. Frecuencia

	v14	v15	v16	v17	v18
0	15.38	69.23	69.23	76.92	38.46
1	84.62	30.77	30.77	23.08	61.54

Tabla 106. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	1	2	3	4
1	2	5	2	3

Tabla 107. Suma

0	1	2	3	4
7.69	15.38	38.46	15.38	23.08

Tabla 108. Suma (porcentaje)

De las 13 *Acta Clínica Belgica* con estructura que se han analizado: 1 tienen 0 ítem positivo, 2 tienen 1 ítem positivos, 5 tienen 2 ítems positivos, 2 tienen 3 ítems positivos, 3 tienen 4 ítems positivos.

- v14. ¿Se indica el número de pacientes?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	0	0	1	1	0	0	0
1	1	1	1	2	2	2	2

Tabla 109. Evolución v14 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0.00	0.00	50.00	33.33	0.00	0.00	0.00
100.00	100.00	50.00	66.67	100.00	100.00	100.00

Tabla 110. Suma (porcentaje)

- v15. ¿Se describen las características, el contexto y los aspectos primarios del paciente?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	1	0	2	1	1	2	2
1	0	1	0	2	1	0	0

Tabla 111. Evolución v15 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	0.00	100.00	33.33	50.00	100.00	100.00
0.00	100.00	0.00	66.67	50.00	0.00	0.00

Tabla 112. Suma (porcentaje)

- v16. ¿Se da información del sexo del paciente?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	1	1	2	1	1	2	1
1	0	0	0	2	1	0	1

Tabla 113. Evolución v16 a lo largo de los años

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	100.00	100.00	100.00	33.33	50.00	100.00	50.00
1	0.00	0.00	0.00	66.67	50.00	0.00	50.00

Tabla 114. Suma (porcentaje)

- v17. ¿Se da información de la edad del paciente?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	1	1	2	1	2	2	1
1	0	0	0	2	0	0	1

Tabla 115. Evolución v17 a lo largo de los años

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	100.00	100.00	100.00	33.33	100.00	100.00	50.00
1	0.00	0.00	0.00	66.67	0.00	0.00	50.00

Tabla 116. Suma (porcentaje)

- v18. ¿Se ofrecen características demográficas comunes o contexto?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	0	0	2	2	0	0	1
1	1	1	0	1	2	2	1

Tabla 117. Evolución v18 a lo largo de los años

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	0.00	0.00	100.00	66.67	0.00	0.00	50.00
1	100.00	100.00	0.00	33.33	100.00	100.00	50.00

Tabla 118. Suma (porcentaje)

Acta Clinica Belgica en resumen no estructurado

	v14	v15	v16	v17	v18
0	77	183	147	145	257
1	193	87	123	125	13

Tabla 119. Frecuencia

	v14	v15	v16	v17	v18
0	28.52	67.78	54.44	53.70	95.19
1	71.48	32.22	45.56	46.30	4.81

Tabla 120. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	1	2	3	4
70	39	38	66	57

Tabla 121. Suma

0	1	2	3	4
25.93	14.44	14.07	24.44	21.11

Tabla 122. Suma (porcentaje)

De las 270 *Acta Clínica Belgica* sin estructura que se han analizado: 70 tienen 0 ítem positivo, 39 tienen 1 ítem positivo, 38 tienen 2 ítems positivos, 66 tienen 3 ítems positivos, 57 tienen 4 ítems positivos.

- v14. ¿Se indica el número de pacientes?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	1	2	3	4	5	4	5	8	7	10	6	10	12
1	9	9	11	12	10	19	14	8	15	11	23	27	25

Tabla 123. Evolución v14 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
10.00	18.18	21.43	25.00	33.33	17.39	26.32	50.00	31.82	47.62	20.69	27.03	32.43
90.00	81.82	78.57	75.00	66.67	82.61	73.68	50.00	68.18	52.38	79.31	72.97	67.57

Tabla 124. Suma (porcentaje)

- v15. ¿Se describen las características, el contexto y los aspectos primarios del paciente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	6	6	9	10	8	10	11	13	14	13	25	29	29
1	4	5	5	6	7	13	8	3	8	8	4	8	8

Tabla 125. Evolución v15 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
60.00	54.55	64.29	62.50	53.33	43.48	57.89	81.25	63.64	61.90	86.21	78.38	78.38
40.00	45.45	35.71	37.50	46.67	56.52	42.11	18.75	36.36	38.10	13.79	21.62	21.62

Tabla 126. Suma (porcentaje)

- v16. ¿Se da información del sexo del paciente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	6	9	10	11	8	10	10	11	8	13	13	19	19
1	4	2	4	5	7	13	9	5	14	8	16	18	18

Tabla 127. Evolución v16 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
60.00	81.82	71.43	68.75	53.33	43.48	52.63	68.75	36.36	61.90	44.83	51.35	51.35
40.00	18.18	28.57	31.25	46.67	56.52	47.37	31.25	63.64	38.10	55.17	48.65	48.65

Tabla 128. Suma (porcentaje)

- v17. ¿Se da información de la edad del paciente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	5	9	9	9	6	12	9	10	9	13	14	20	20
1	5	2	5	7	9	11	10	6	13	8	15	17	17

Tabla 129. Evolución v17 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
50.00	81.82	64.29	56.25	40.00	52.17	47.37	62.50	40.91	61.90	48.28	54.05	54.05
50.00	18.18	35.71	43.75	60.00	47.83	52.63	37.50	59.09	38.10	51.72	45.95	45.95

Tabla 130. Suma (porcentaje)

- v18. ¿Se ofrecen características demográficas comunes o contexto?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	8	10	12	15	15	23	18	16	18	21	27	37	37
1	2	1	2	1	0	0	1	0	4	0	2	0	0

Tabla 131. Evolución v18 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
80.00	90.91	85.71	93.75	100.00	100.00	94.74	100.00	81.82	100.00	93.10	100.00	100.00
20.00	9.09	14.29	6.25	0.00	0.00	5.26	0.00	18.18	0.00	6.90	0.00	0.00

Tabla 132. Suma (porcentaje)

METODOLOGÍA/INTERVENCIÓN

Visión de conjunto

	v20	v21	v22	v23	v24	v25	v26	v27	v28	v29
0	283	281	274	135	267	283	22	273	216	16
1	0	2	9	148	16	0	261	10	67	267

Tabla 133. Frecuencia

	v20	v21	v22	v23	v24	v25	v26	v27	v28	v29
0	100.00	99.29	96.82	47.70	94.35	100.00	7.77	96.47	76.33	5.65
1	0.00	0.71	3.18	52.30	5.65	0.00	92.23	3.53	23.67	94.35

Tabla 134. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

1	2	3	4	5	6
16	100	116	41	8	2

Tabla 135. Suma (frecuencias)

1	2	3	4	5	6
5.65	35.34	40.99	14.49	2.83	0.71

Tabla 136. Suma (porcentaje)

De las 283 *Acta Clínica Belgica* que se han analizado: 16 tienen 1 ítem positivo, 100 tienen 2 ítems positivos, 116 tienen 3 ítems positivos, 41 tienen 4 ítems positivos, 8 tienen 5 ítems positivos, 2 tienen 6 ítems positivos.

- v20. ¿Se especifica el tipo de trabajo efectuado?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	12	15	16	15	23	21	16	22	24	31	39	39

Tabla 137. Evolución v20 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 138. Suma (porcentaje)

- v21. ¿Se explica el diseño del estudio?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	12	15	16	15	23	21	16	22	24	31	37	39
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0

Tabla 139. Evolución v21 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	94.87	100.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.13	0.00

Tabla 140. Suma (porcentaje)

- v22. ¿Se ofrece la duración del estudio?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	12	14	15	14	23	21	16	20	23	31	37	38
1	0	0	1	1	1	0	0	0	2	1	0	2	1

Tabla 141. Evolución v22 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	93.33	93.75	93.33	100.00	100.00	100.00	90.91	95.83	100.00	94.87	97.44
0.00	0.00	6.67	6.25	6.67	0.00	0.00	0.00	9.09	4.17	0.00	5.13	2.56

Tabla 142. Suma (porcentaje)

- v23. ¿Se ofrece la descripción de la intervención?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	6	7	4	8	2	14	12	7	10	11	10	22	22
1	4	5	11	8	13	9	9	9	12	13	21	17	17

Tabla 143. Evolución v23 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
60.00	58.33	26.67	50.00	13.33	60.87	57.14	43.75	45.45	45.83	32.26	56.41	56.41
40.00	41.67	73.33	50.00	86.67	39.13	42.86	56.25	54.55	54.17	67.74	43.59	43.59

Tabla 144. Suma (porcentaje)

- v24. ¿Se da una buena descripción de los métodos usados para los cuidados del paciente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	9	10	13	15	15	22	19	16	22	23	30	35	38
1	1	2	2	1	0	1	2	0	0	1	1	4	1

Tabla 145. Evolución v24 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
90.00	83.33	86.67	93.75	100.00	95.65	90.48	100.00	100.00	95.83	96.77	89.74	97.44
10.00	16.67	13.33	6.25	0.00	4.35	9.52	0.00	0.00	4.17	3.23	10.26	2.56

Tabla 146. Suma (porcentaje)

- v25. ¿Se indica el nivel de cuidado clínico?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	12	15	16	15	23	21	16	22	24	31	39	39

Tabla 147. Evolución v25 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 148. Suma (porcentaje)

- v26. ¿Se ofrece el diagnóstico?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	0	1	1	2	0	0	1	0	1	3	3	2	8
1	10	11	14	14	15	23	20	16	21	21	28	37	31

Tabla 149. Evolución v26 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0.00	8.33	6.67	12.50	0.00	0.00	4.76	0.00	4.55	12.50	9.68	5.13	20.51
100.00	91.67	93.33	87.50	100.00	100.00	95.24	100.00	95.45	87.50	90.32	94.87	79.49

Tabla 150. Suma (porcentaje)

- v27. ¿Se explican los criterios de valoración de las pruebas diagnósticas?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	12	15	14	15	21	21	16	22	24	29	36	38
1	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	2	3	1

Tabla 151. Evolución v27 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	87.50	100.00	91.30	100.00	100.00	100.00	100.00	93.55	92.31	97.44
0.00	0.00	0.00	12.50	0.00	8.70	0.00	0.00	0.00	0.00	6.45	7.69	2.56

Tabla 152. Suma (porcentaje)

- v28. ¿Se usan descriptores técnicos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	8	9	10	14	11	14	19	12	19	19	19	28	34
1	2	3	5	2	4	9	2	4	3	5	12	11	5

Tabla 153. Evolución v28 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
80.00	75.00	66.67	87.50	73.33	60.87	90.48	75.00	86.36	79.17	61.29	71.79	87.18
20.00	25.00	33.33	12.50	26.67	39.13	9.52	25.00	13.64	20.83	38.71	28.21	12.82

Tabla 154. Suma (porcentaje)

- v29. ¿Se dan nombres comunes o sinónimos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	0	0	1	1	3	2	1	0	0	2	1	4	1
1	10	12	14	15	12	21	20	16	22	22	30	35	38

Tabla 155. Evolución v29 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0.00	0.00	6.67	6.25	20.00	8.70	4.76	0.00	0.00	8.33	3.23	10.26	2.56
100.00	100.00	93.33	93.75	80.00	91.30	95.24	100.00	100.00	91.67	96.77	89.74	97.44

Tabla 156. Suma (porcentaje)

Acta Clínica Belgica en resumen estructurado

	v20	v21	v22	v23	v24	v25	v26	v27	v28	v29
0	13	11	12	6	12	13	0	13	7	3
1	0	2	1	7	1	0	13	0	6	10

Tabla 157. Frecuencia

	v20	v21	v22	v23	v24	v25	v26	v27	v28	v29
0	100.00	84.62	92.31	46.15	92.31	100.00	0.00	100.00	53.85	23.08
1	0.00	15.38	7.69	53.85	7.69	0.00	100.00	0.00	46.15	76.92

Tabla 158, Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

2	3	4	5
3	7	2	1

Tabla 159. Suma

2	3	4	5
23.08	53.85	15.38	7.69

Tabla 160. Suma (porcentaje)

De las 13 *Acta Clínica Belgica* con estructura que se han analizado: 3 tienen 2 ítem positivo, 7 tienen 3 ítems positivos, 2 tienen 4 ítems positivos, 1 tienen 5 ítems positivos.

- v20. ¿Se especifica el tipo de trabajo efectuado?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	1	1	2	3	2	2	2

Tabla 161. Evolución v20 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 162. Suma (porcentaje)

- v21. ¿Se explica el diseño del estudio?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	1	1	2	3	2	0	2
1	0	0	0	0	0	2	0

Tabla 163. Evolución v21 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	0.00	100.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00	0.00
Tabla 164. Suma (porcentaje)						

- v22. ¿Se ofrece la duración del estudio?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	1	1	2	2	2	2	2
1	0	0	0	1	0	0	0
Tabla 165. Evolución v22 a lo largo de los años							

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	66.67	100.00	100.00	100.00
0.00	0.00	0.00	33.33	0.00	0.00	0.00
Tabla 166. Suma (porcentaje)						

- v23. ¿Se ofrece la descripción de la intervención?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	1	0	1	1	0	1	2
1	0	1	1	2	2	1	0
Tabla 167. Evolución v23 a lo largo de los años							

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	0.00	50.00	33.33	0.00	50.00	100.00
0.00	100.00	50.00	66.67	100.00	50.00	0.00
Tabla 168. Suma (porcentaje)						

- v24. ¿Se da una buena descripción de los métodos usados para los cuidados del paciente?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	1	1	2	2	2	2	2
1	0	0	0	1	0	0	0
Tabla 169. Evolución v24 a lo largo de los años							

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	66.67	100.00	100.00	100.00
0.00	0.00	0.00	33.33	0.00	0.00	0.00
Tabla 170. Suma (porcentaje)						

- v25. ¿Se indica el nivel de cuidado clínico?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	1	1	2	3	2	2	2

Tabla 171. Evolución v25 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 172. Suma (porcentaje)

- v26. ¿Se ofrece el diagnóstico?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
1	1	1	2	3	2	2	2

Tabla 173. Evolución v26 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 174. Suma (porcentaje)

- v27. ¿Se explican los criterios de valoración de las pruebas diagnósticas?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	1	1	2	3	2	2	2

Tabla 175. Evolución v27 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 176. Suma (porcentaje)

- v28. ¿Se usan descriptores técnicos?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	1	0	1	2	1	1	1
1	0	1	1	1	1	1	1

Tabla 177. Evolución v28 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	0.00	50.00	66.67	50.00	50.00	50.00
0.00	100.00	50.00	33.33	50.00	50.00	50.00

Tabla 178. Suma (porcentaje)

- v29. ¿Se dan nombres comunes o sinónimos?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	0	1	1	0	0	1	0
1	1	0	1	3	2	1	2

Tabla 179. Evolución v29 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0.00	100.00	50.00	0.00	0.00	50.00	0.00
100.00	0.00	50.00	100.00	100.00	50.00	100.00

Tabla 180. Suma (porcentaje)

Acta Clínica Belgica en resumen no estructurado

	v20	v21	v22	v23	v24	v25	v26	v27	v28	v29
0	270	270	262	129	255	270	22	260	209	13
1	0	0	8	141	15	0	248	10	61	257

Tabla 181. Frecuencia

	v20	v21	v22	v23	v24	v25	v26	v27	v28	v29
0	100.00	100.00	97.04	47.78	94.44	100.00	8.15	96.30	77.41	4.81
1	0.00	0.00	2.96	52.22	5.56	0.00	91.85	3.70	22.59	95.19

Tabla 182. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

1	2	3	4	5	6
16	97	109	39	7	2

Tabla 183. Suma

1	2	3	4	5	6
5.93	35.93	40.37	14.44	2.59	0.74

Tabla 184. Suma (porcentaje)

De las 270 *Acta Clínica Belgica* sin estructura que se han analizado: 16 tienen 1 ítem positivo, 97 tienen 2 ítems positivos, 109 tienen 3 ítems positivos, 39 tienen 4 ítems positivos, 7 tienen 5 ítems positivos, 2 tienen 6 ítems positivos.

- v20. ¿Se especifica el tipo de trabajo efectuado?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	11	14	16	15	23	19	16	22	21	29	37	37

Tabla 185. Evolución v20 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 186. Suma (porcentaje)

- v21. ¿Se explica el diseño del estudio?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	11	14	16	15	23	19	16	22	21	29	37	37

Tabla 187. Evolución v21 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 188. Suma (porcentaje)

- v22. ¿se ofrece la duración del estudio?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	11	13	15	14	23	19	16	20	21	29	35	36
1	0	0	1	1	1	0	0	0	2	0	0	2	1

Tabla 189. Evolución v22 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	92.86	93.75	93.33	100.00	100.00	100.00	90.91	100.00	100.00	94.59	97.30
0.00	0.00	7.14	6.25	6.67	0.00	0.00	0.00	9.09	0.00	0.00	5.41	2.70

Tabla 190. Suma (porcentaje)

- v23. ¿Se ofrece la descripción de la intervención?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	6	6	4	8	2	14	11	7	10	10	10	21	20
1	4	5	10	8	13	9	8	9	12	11	19	16	17

Tabla 191. Evolución v23 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
60.00	54.55	28.57	50.00	13.33	60.87	57.89	43.75	45.45	47.62	34.48	56.76	54.05
40.00	45.45	71.43	50.00	86.67	39.13	42.11	56.25	54.55	52.38	65.52	43.24	45.95

Tabla 192. Suma (porcentaje)

- v24. ¿Se da una buena descripción de los métodos usados para los cuidados del paciente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	9	9	12	15	15	22	17	16	22	21	28	33	36
1	1	2	2	1	0	1	2	0	0	0	1	4	1

Tabla 193. Evolución v24 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
90.00	81.82	85.71	93.75	100.00	95.65	89.47	100.00	100.00	100.00	96.55	89.19	97.30
10.00	18.18	14.29	6.25	0.00	4.35	10.53	0.00	0.00	0.00	3.45	10.81	2.70

Tabla 194. Suma (porcentaje)

- v25. ¿Se indica el nivel de cuidado clínico?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	11	14	16	15	23	19	16	22	21	29	37	37

Tabla 195. Evolución v25 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 196. Suma (porcentaje)

- v26. ¿Se ofrece el diagnóstico?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	0	1	1	2	0	0	1	0	1	3	3	2	8
1	10	10	13	14	15	23	18	16	21	18	26	35	29

Tabla 197. Evolución v26 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0.00	9.09	7.14	12.50	0.00	0.00	5.26	0.00	4.55	14.29	10.34	5.41	21.62
100.00	90.91	92.86	87.50	100.00	100.00	94.74	100.00	95.45	85.71	89.66	94.59	78.38

Tabla 198. Suma (porcentaje)

- v27. ¿Se explican los criterios de valoración de las pruebas diagnósticas?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	11	14	14	15	21	19	16	22	21	27	34	36
1	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	2	3	1

Tabla 199. Evolución v27 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	87.50	100.00	91.30	100.00	100.00	100.00	100.00	93.10	91.89	97.30
0.00	0.00	0.00	12.50	0.00	8.70	0.00	0.00	0.00	0.00	6.90	8.11	2.70

Tabla 200. Suma (porcentaje)

- v28. ¿Se usan descriptores técnicos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	8	8	10	14	11	14	18	12	19	17	18	27	33
1	2	3	4	2	4	9	1	4	3	4	11	10	4

Tabla 201. Evolución v28 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
80.00	72.73	71.43	87.50	73.33	60.87	94.74	75.00	86.36	80.95	62.07	72.97	89.19
20.00	27.27	28.57	12.50	26.67	39.13	5.26	25.00	13.64	19.05	37.93	27.03	10.81

Tabla 202. Suma (porcentaje)

- v29. ¿Se dan nombres comunes o sinónimos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	0	0	0	1	3	2	0	0	0	2	1	3	1
1	10	11	14	15	12	21	19	16	22	19	28	34	36

Tabla 203. Evolución v29 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0.00	0.00	0.00	6.25	20.00	8.70	0.00	0.00	0.00	9.52	3.45	8.11	2.70
100.00	100.00	100.00	93.75	80.00	91.30	100.00	100.00	100.00	90.48	96.55	91.89	97.30

Tabla 204. Suma (porcentaje)

METODOLOGÍA/MEDIDAS DE VARIABLES

Visión de conjunto

	v31	v32	v33
0	280	280	280
1	3	3	3

Tabla 205. Frecuencia

	v31	v32	v33
0	98.94	98.94	98.94
1	1.06	1.06	1.06

Tabla 206. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	3
280	3

Tabla 207. Suma (frecuencias)

0	3
98.94	1.06

Tabla 208. Suma (porcentaje)

De las 283 *Acta Clínica Belgica* que se han analizado: 280 tienen 0 ítem positivo, 3 tienen 3 ítems positivos.

- v31. ¿Se da información sobre las medidas?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	12	15	16	15	23	21	16	22	24	30	38	38
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1

Tabla 209. Evolución v31 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	96.77	97.44	97.44
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.23	2.56	2.56

Tabla 210. Suma (porcentaje)

- v32. ¿Se identifican las variables de forma explícita?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	12	15	16	15	23	21	16	22	24	30	38	38
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1

Tabla 211. Evolución v32 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	96.77	97.44	97.44
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.23	2.56	2.56

Tabla 212. Suma (porcentaje)

- v33. ¿Se ofrece la fuente de los datos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	12	15	16	15	23	21	16	22	24	30	38	38
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1

Tabla 213. Evolución v33 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	96.77	97.44	97.44
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.23	2.56	2.56

Tabla 214. Suma (porcentaje)

Acta Clinica Belgica en resumen estructurado

	v31	v32	v33
0	12	12	12
1	1	1	1

Tabla 215. Frecuencia

	v31	v32	v33
0	92.31	92.31	92.31
1	7.69	7.69	7.69

Tabla 216. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	3
12	1

Tabla 217. Suma

0	3
92.31	7.69

Tabla 218. Suma (porcentaje)

De las 13 *Acta Clínica Belgica* con estructura que se han analizado: 12 tienen 0 ítem positivo, 1 tienen 3 ítems positivos.

- v31. ¿Se da información sobre las medidas?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	1	1	2	3	1	2	2
1	0	0	0	0	1	0	0

Tabla 219. Evolución v31 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	50.00	100.00	100.00
0.00	0.00	0.00	0.00	50.00	0.00	0.00

Tabla 220. Suma (porcentaje)

- v32. ¿Se identifican las variables de forma explícita?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	1	1	2	3	1	2	2
1	0	0	0	0	1	0	0

Tabla 221. Evolución v32 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	50.00	100.00	100.00
0.00	0.00	0.00	0.00	50.00	0.00	0.00

Tabla 222. Suma (porcentaje)

- v33. ¿Se ofrece la fuente de los datos?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	1	1	2	3	1	2	2
1	0	0	0	0	1	0	0

Tabla 223. Evolución v33 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	50.00	100.00	100.00
0.00	0.00	0.00	0.00	50.00	0.00	0.00

Tabla 224. Suma (porcentaje)

Acta Clínica Belgica en resumen no estructurado

	v31	v32	v33
0	268	268	268
1	2	2	2

Tabla 225. Frecuencia

	v31	v32	v33
0	99.26	99.26	99.26
1	0.74	0.74	0.74

Tabla 226. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	3
268	2

Tabla 227. Suma

0	3
99.26	0.74

Tabla 228. Suma (porcentaje)

De las 270 *Acta Clínica Belgica* sin estructura que se han analizado: 268 tienen 0 ítem positivo, 2 tienen 3 ítems positivos.

- v31. ¿Se da información sobre las medidas?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	11	14	16	15	23	19	16	22	21	29	36	36
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1

Tabla 229. Evolución v31 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	97.30	97.30
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.70	2.70

Tabla 230. Suma (porcentaje)

- v32. ¿Se identifican las variables de forma explícita?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	11	14	16	15	23	19	16	22	21	29	36	36
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1

Tabla 231. Evolución v32 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	97.30	97.30
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.70	2.70

Tabla 232. Suma (porcentaje)

- v33. ¿Se ofrece la fuente de los datos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	11	14	16	15	23	19	16	22	21	29	36	36
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1

Tabla 233. Evolución v33 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	97.30	97.30
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.70	2.70

Tabla 234. Suma (porcentaje)

RESULTADOS

	v35	v36	v37	v38	v39	v40	v41	v42	v43	v44
0	181	277	203	260	283	282	280	280	282	283
1	102	6	80	23	0	1	3	3	1	0

Tabla 235. Frecuencia

	v35	v36	v37	v38	v39	v40	v41	v42	v43	v44
0	63.96	97.88	71.73	91.87	100.00	99.65	98.94	98.94	99.65	100.00
1	36.04	2.12	28.27	8.13	0.00	0.35	1.06	1.06	0.35	0.00

Tabla 236. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	1	2	3	4	5
180	9	77	14	1	2

Tabla 237. Suma (frecuencias)

0	1	2	3	4	5
63.60	3.18	27.21	4.95	0.35	0.71

Tabla 238. Suma (porcentaje)

De las 283 *Acta Clínica Belgica* que se han analizado: 180 tienen 0 ítem positivo, 9 tienen 1 ítem positivo, 77 tienen 2 ítems positivos, 14 tienen 3 ítems positivos, 1 tienen 4 ítems positivos, 2 tienen 5 ítems positivos.

- v35. ¿Se proporciona información sobre los resultados obtenidos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	6	9	6	12	12	14	14	12	14	14	17	28	23
1	4	3	9	4	3	9	7	4	8	10	14	11	16

Tabla 239. Evolución v35 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
60.00	75.00	40.00	75.00	80.00	60.87	66.67	75.00	63.64	58.33	54.84	71.79	58.97
40.00	25.00	60.00	25.00	20.00	39.13	33.33	25.00	36.36	41.67	45.16	28.21	41.03

Tabla 240. Suma (porcentaje)

- v36. ¿Estos resultados son explícitos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	9	11	14	16	15	23	21	16	22	24	31	38	37
1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2

Tabla 241. Evolución v36 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
90.00	91.67	93.33	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	97.44	94.87
10.00	8.33	6.67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.56	5.13

Tabla 242. Suma (porcentaje)

- v37. ¿Son resultados positivos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	8	9	8	12	12	15	16	13	16	15	23	30	26
1	2	3	7	4	3	8	5	3	6	9	8	9	13

Tabla 243. Evolución v37 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
80.00	75.00	53.33	75.00	80.00	65.22	76.19	81.25	72.73	62.50	74.19	76.92	66.67
20.00	25.00	46.67	25.00	20.00	34.78	23.81	18.75	27.27	37.50	25.81	23.08	33.33

Tabla 244. Suma (porcentaje)

- v38. ¿Son resultados negativos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	7	11	13	15	15	22	19	16	20	23	27	37	35
1	3	1	2	1	0	1	2	0	2	1	4	2	4

Tabla 245. Evolución v38 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
70.00	91.67	86.67	93.75	100.00	95.65	90.48	100.00	90.91	95.83	87.10	94.87	89.74
30.00	8.33	13.33	6.25	0.00	4.35	9.52	0.00	9.09	4.17	12.90	5.13	10.26

Tabla 246. Suma (porcentaje)

- v39. ¿Se mencionan las limitaciones?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	12	15	16	15	23	21	16	22	24	31	39	39

Tabla 247. Evolución v39 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 248. Suma (porcentaje)

- v40. ¿Incluye cambios en las medidas primarias?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	12	14	16	15	23	21	16	22	24	31	39	39
1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 249. Evolución v40 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	93.33	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
0.00	0.00	6.67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 250. Suma (porcentaje)

- v41. ¿Se incluyen interpretaciones?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	11	15	16	15	21	21	16	22	24	31	39	39
1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 251. Evolución v41 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	91.67	100.00	100.00	100.00	91.30	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
0.00	8.33	0.00	0.00	0.00	8.70	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 252. Suma (porcentaje)

- v42. ¿Aparecen datos numéricos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	12	15	16	15	23	20	16	22	24	31	38	38
1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1

Tabla 253. Evolución v42 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	95.24	100.00	100.00	100.00	100.00	97.44	97.44
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.76	0.00	0.00	0.00	0.00	2.56	2.56

Tabla 254. Suma (porcentaje)

- v43. ¿Aparecen datos estadísticos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	12	15	16	15	23	20	16	22	24	31	39	39
1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0

Tabla 255. Evolución v43 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	95.24	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.76	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 256. Suma (porcentaje)

- v44. ¿Todas las medidas descritas en el caso clínico tienen correspondencia en el resumen?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	12	15	16	15	23	21	16	22	24	31	39	39

Tabla 257. Evolución v44 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 258. Suma (porcentaje)

Acta Clínica Belgica en resumen estructurado

	v35	v36	v37	v38	v39	v40	v41	v42	v43	v44
0	1	8	5	10	13	13	12	12	13	13
1	12	5	8	3	0	0	1	1	0	0

Tabla 259. Frecuencia

	v35	v36	v37	v38	v39	v40	v41	v42	v43	v44
0	7.69	61.54	38.46	76.92	100.00	100.00	92.31	92.31	100.00	100.00
1	92.31	38.46	61.54	23.08	0.00	0.00	7.69	7.69	0.00	0.00

Tabla 260. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	1	2	3	5
1	3	4	3	2

Tabla 261. Suma

0	1	2	3	5
7.69	23.08	30.77	23.08	15.38

Tabla 262. Suma (porcentaje)

De las 13 *Acta Clínica Belgica* con estructura que se han analizado: 1 tienen 0 ítem positivo, 3 tienen 1 ítem positivo, 4 tienen 2 ítems positivos, 3 tienen 3 ítems positivos, 2 tienen 5 ítems positivos.

- v35. ¿Se proporciona información sobre los resultados obtenidos?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	0	0	1	0	0	0	0
1	1	1	1	3	2	2	2

Tabla 263. Evolución v35 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0.00	0.00	50.00	0.00	0.00	0.00	0.00
100.00	100.00	50.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 264. Suma (porcentaje)

- v36. ¿Estos resultados son explícitos?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	0	0	2	3	2	1	0
1	1	1	0	0	0	1	2

Tabla 265. Evolución v36 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0.00	0.00	100.00	100.00	100.00	50.00	0.00
100.00	100.00	0.00	0.00	0.00	50.00	100.00

Tabla 266. Suma (porcentaje)

- v37. ¿Son resultados positivos?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	0	0	1	1	2	0	1
1	1	1	1	2	0	2	1

Tabla 267. Evolución v37 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0.00	0.00	50.00	33.33	100.00	0.00	50.00
100.00	100.00	50.00	66.67	0.00	100.00	50.00

Tabla 268. Suma (porcentaje)

- v38. ¿Son resultados negativos?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	0	1	2	2	2	2	1
1	1	0	0	1	0	0	1

Tabla 269. Evolución v38 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0.00	100.00	100.00	66.67	100.00	100.00	50.00
100.00	0.00	0.00	33.33	0.00	0.00	50.00

Tabla 270. Suma (porcentaje)

- v39. ¿Se mencionan las limitaciones?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	1	1	2	3	2	2	2

Tabla 271. Evolución v39 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 272. Suma (porcentaje)

- v40. ¿Incluye cambios en las medidas primarias?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	1	1	2	3	2	2	2

Tabla 273. Evolución v40 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 274. Suma (porcentaje)

- v41. ¿Se incluyen interpretaciones?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	0	1	2	3	2	2	2
1	1	0	0	0	0	0	0

Tabla 275. Evolución v41 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 276. Suma (porcentaje)

- v42. ¿Aparecen datos numéricos?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	1	1	2	3	2	2	1
1	0	0	0	0	0	0	1

Tabla 277. Evolución v42 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	50.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	50.00

Tabla 278. Suma (porcentaje)

- v43. ¿Aparecen datos estadísticos?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	1	1	2	3	2	2	2

Tabla 279. Evolución v43 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 280. Suma (porcentaje)

- v44. ¿Todas las medidas descritas en el caso clínico tienen correspondencia en el resumen?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	1	1	2	3	2	2	2

Tabla 281. Evolución v44 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 282. Suma (porcentaje)

Acta Clínica Belgica en resumen no estructurado

	v35	v36	v37	v38	v39	v40	v41	v42	v43	v44
0	180	269	198	250	270	269	268	268	269	270
1	90	1	72	20	0	1	2	2	1	0

Tabla 283. Frecuencia

	v35	v36	v37	v38	v39	v40	v41	v42	v43	v44
0	66.67	99.63	73.33	92.59	100.00	99.63	99.26	99.26	99.63	100.00
1	33.33	0.37	26.67	7.41	0.00	0.37	0.74	0.74	0.37	0.00

Tabla 284. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	1	2	3	4
179	6	73	11	1

Tabla 285. Suma

0	1	2	3	4
66.30	2.22	27.04	4.07	0.37

Tabla 286. Suma (porcentaje)

De las 270 *Acta Clínica Belgica* sin estructura que se han analizado: 179 tienen 0 ítem positivo, 6 tienen 1 ítem positivo, 73 tienen 2 ítems positivos, 11 tienen 3 ítems positivos, 1 tienen 4 ítems positivos.

- v35. ¿Se proporciona información sobre los resultados obtenidos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	6	9	6	12	12	14	13	12	14	14	17	28	23
1	4	2	8	4	3	9	6	4	8	7	12	9	14

Tabla 287. Evolución v35 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
60.00	81.82	42.86	75.00	80.00	60.87	68.42	75.00	63.64	66.67	58.62	75.68	62.16
40.00	18.18	57.14	25.00	20.00	39.13	31.58	25.00	36.36	33.33	41.38	24.32	37.84

Tabla 288. Suma (porcentaje)

- v36. ¿Estos resultados son explícitos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	9	11	14	16	15	23	19	16	22	21	29	37	37
1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 289. Evolución v36 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
90.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
10.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 290. Suma (porcentaje)

- v37. ¿Son resultados positivos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	8	9	8	12	12	15	15	13	16	14	21	30	25
1	2	2	6	4	3	8	4	3	6	7	8	7	12

Tabla 291. Evolución v37 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
80.00	81.82	57.14	75.00	80.00	65.22	78.95	81.25	72.73	66.67	72.41	81.08	67.57
20.00	18.18	42.86	25.00	20.00	34.78	21.05	18.75	27.27	33.33	27.59	18.92	32.43

Tabla 292. Suma (porcentaje)

- v38. ¿Son resultados negativos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	7	11	12	15	15	22	17	16	20	21	25	35	34
1	3	0	2	1	0	1	2	0	2	0	4	2	3

Tabla 293. Evolución v38 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
70.00	100.00	85.71	93.75	100.00	95.65	89.47	100.00	90.91	100.00	86.21	94.59	91.89
30.00	0.00	14.29	6.25	0.00	4.35	10.53	0.00	9.09	0.00	13.79	5.41	8.11

Tabla 294. Suma (porcentaje)

- v39. ¿Se mencionan las limitaciones?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	11	14	16	15	23	19	16	22	21	29	37	37

Tabla 295. Evolución v39 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 296. Suma (porcentaje)

- v40. ¿Incluye cambios en las medidas primarias?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	11	13	16	15	23	19	16	22	21	29	37	37
1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 297. Evolución v40 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	92.86	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
0.00	0.00	7.14	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 298. Suma (porcentaje)

- v41. ¿Se incluyen interpretaciones?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	11	14	16	15	21	19	16	22	21	29	37	37
1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 299. Evolución v41 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	91.30	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	8.70	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 300. Suma (porcentaje)

- v42. ¿Aparecen datos numéricos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	11	14	16	15	23	18	16	22	21	29	36	37
1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0

Tabla 301. Evolución v42 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	94.74	100.00	100.00	100.00	100.00	97.30	100.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.26	0.00	0.00	0.00	0.00	2.70	0.00

Tabla 302. Suma (porcentaje)

- v43. ¿Aparecen datos estadísticos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	11	14	16	15	23	18	16	22	21	29	37	37
1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0

Tabla 303. Evolución v43 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	94.74	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.26	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 304. Suma (porcentaje)

- v44. ¿Todas las medidas descritas en el caso clínico tienen correspondencia en el resumen?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	11	14	16	15	23	19	16	22	21	29	37	37

Tabla 305. Evolución v44 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 306. Suma (porcentaje)

CONCLUSIONES

Visión de conjunto

	v46	v47	v48	v49	v50	v51
0	162	254	278	255	276	281
1	121	29	5	28	7	2

Tabla 307. Frecuencia

	v46	v47	v48	v49	v50	v51
0	57.24	89.75	98.23	90.11	97.53	99.29
1	42.76	10.25	1.77	9.89	2.47	0.71

Tabla 308. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	1	2	3	4
138	105	34	5	1

Tabla 309. Suma (frecuencias)

0	1	2	3	4
48.76	37.10	12.01	1.77	0.35

Tabla 310. Suma (porcentaje)

De las 283 *Acta Clínica Belgica* que se han analizado: 138 tienen 0 ítem positivo, 105 tienen 1 ítems positivos, 34 tienen 2 ítems positivos, 5 tienen 3 ítems positivos, 1 tienen 4 ítems positivos.

- v46. ¿Se ofrecen las conclusiones a las que se ha llegado?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	4	6	6	10	7	14	13	9	15	12	19	19	28
1	6	6	9	6	8	9	8	7	7	12	12	20	11

Tabla 311. Evolución v46 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
40.00	50.00	40.00	62.50	46.67	60.87	61.90	56.25	68.18	50.00	61.29	48.72	71.79
60.00	50.00	60.00	37.50	53.33	39.13	38.10	43.75	31.82	50.00	38.71	51.28	28.21

Tabla 312. Suma (porcentaje)

- v47. ¿Las conclusiones fueron consistentes con los resultados?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	9	9	12	14	15	23	17	14	18	21	28	35	39
1	1	3	3	2	0	0	4	2	4	3	3	4	0

Tabla 313. Evolución v47 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
90.00	75.00	80.00	87.50	100.00	100.00	80.95	87.50	81.82	87.50	90.32	89.74	100.00
10.00	25.00	20.00	12.50	0.00	0.00	19.05	12.50	18.18	12.50	9.68	10.26	0.00

Tabla 314. Suma (porcentaje)

- v48. ¿Se mencionan las implicaciones del estudio?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	12	15	14	13	23	21	16	22	23	31	39	39
1	0	0	0	2	2	0	0	0	0	1	0	0	0

Tabla 315. Evolución v48 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	87.50	86.67	100.00	100.00	100.00	100.00	95.83	100.00	100.00	100.00
0.00	0.00	0.00	12.50	13.33	0.00	0.00	0.00	0.00	4.17	0.00	0.00	0.00

Tabla 316. Suma (porcentaje)

- v49. ¿Se menciona la contribución a la literatura?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	11	14	14	15	20	20	15	19	20	26	37	34
1	0	1	1	2	0	3	1	1	3	4	5	2	5

Tabla 317. Evolución v49 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	91.67	93.33	87.50	100.00	86.96	95.24	93.75	86.36	83.33	83.87	94.87	87.18
0.00	8.33	6.67	12.50	0.00	13.04	4.76	6.25	13.64	16.67	16.13	5.13	12.82

Tabla 318. Suma (porcentaje)

- v50. ¿Se dan recomendaciones para estudios posteriores?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	10	15	16	14	23	20	16	22	23	30	38	39
1	0	2	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0

Tabla 319. Evolución v50 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	83.33	100.00	100.00	93.33	100.00	95.24	100.00	100.00	95.83	96.77	97.44	100.00
0.00	16.67	0.00	0.00	6.67	0.00	4.76	0.00	0.00	4.17	3.23	2.56	0.00

Tabla 320. Suma (porcentaje)

- v51. ¿Resume anteriores secciones del resumen?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	12	15	16	15	23	21	16	22	23	31	38	39
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0

Tabla 321. Evolución v51 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	95.83	100.00	97.44	100.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.17	0.00	2.56	0.00

Tabla 322. Suma (porcentaje)

Acta Clínica Belgica en resumen estructurado

	v46	v47	v48	v49	v50	v51
0	0	5	13	12	10	11
1	13	8	0	1	3	2

Tabla 323. Frecuencia

	v46	v47	v48	v49	v50	v51
0	0.00	38.46	100.00	92.31	76.92	84.62
1	100.00	61.54	0.00	7.69	23.08	15.38

Tabla 324. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

1	2	3	4
3	7	2	1

Tabla 325. Suma

1	2	3	4
23.08	53.85	15.38	7.69

Tabla 326. Suma (porcentaje)

De las 13 *Acta Clínica Belgica* con estructura que se han analizado: 3 tienen 1 ítem positivo, 7 tienen 2 ítems positivos, 2 tienen 3 ítems positivos, 1 tiene 4 ítems positivos.

- v46. ¿Se ofrecen las conclusiones a las que se ha llegado?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
1	1	1	2	3	2	2	2

Tabla 327. Evolución v46 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 328. Suma (porcentaje)

- v47. ¿Las conclusiones fueron consistentes con los resultados?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	0	0	1	1	1	0	2
1	1	1	1	2	1	2	0

Tabla 329. Evolución v47 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0.00	0.00	50.00	33.33	50.00	0.00	100.00
100.00	100.00	50.00	66.67	50.00	100.00	0.00

Tabla 330. Suma (porcentaje)

- v48. ¿Se mencionan las implicaciones del estudio?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	1	1	2	3	2	2	2

Tabla 331. Evolución v48 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 332. Suma (porcentaje)

- v49. ¿Se menciona la contribución a la literatura?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	1	1	2	3	2	2	1
1	0	0	0	0	0	0	1

Tabla 333. Evolución v49 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	50.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	50.00

Tabla 334. Suma (porcentaje)

- v50. ¿Se dan recomendaciones para estudios posteriores?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	0	1	2	3	1	1	2
1	1	0	0	0	1	1	0

Tabla 335. Evolución v50 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0.00	100.00	100.00	100.00	50.00	50.00	100.00
100.00	0.00	0.00	0.00	50.00	50.00	0.00

Tabla 336. Suma (porcentaje)

- v51. ¿Resumen anteriores secciones del resumen?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	1	1	2	2	2	1	2
1	0	0	0	1	0	1	0

Tabla 337. Evolución v51 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	66.67	100.00	50.00	100.00
0.00	0.00	0.00	33.33	0.00	50.00	0.00

Tabla 338. Suma (porcentaje)

Acta Clinica Belgica en resumen no estructurado

	v46	v47	v48	v49	v50	v51
0	162	249	265	243	266	270
1	108	21	5	27	4	0

Tabla 339. Frecuencia

	v46	v47	v48	v49	v50	v51
0	60.00	92.22	98.15	90.00	98.52	100.00
1	40.00	7.78	1.85	10.00	1.48	0.00

Tabla 340. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	1	2	3
138	102	27	3

Tabla 341. Suma

0	1	2	3
51.11	37.78	10.00	1.11

Tabla 342. Suma (porcentaje)

De las 270 *Acta Clínica Belgica* sin estructura que se han analizado: 138 tienen 0 ítem positivo, 102 tienen 1 ítem positivo, 27 tienen 2 ítems positivos, 3 tienen 3 ítems positivos.

- v46. ¿Se ofrecen las conclusiones a las que se ha llegado?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	4	6	6	10	7	14	13	9	15	12	19	19	28
1	6	5	8	6	8	9	6	7	7	9	10	18	9

Tabla 343. Evolución v46 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
40.00	54.55	42.86	62.50	46.67	60.87	68.42	56.25	68.18	57.14	65.52	51.35	75.68
60.00	45.45	57.14	37.50	53.33	39.13	31.58	43.75	31.82	42.86	34.48	48.65	24.32

Tabla 344. Suma (porcentaje)

- v47. ¿Las conclusiones fueron consistentes con los resultados?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	9	9	12	14	15	23	16	14	18	20	27	35	37
1	1	2	2	2	0	0	3	2	4	1	2	2	0

Tabla 345. Evolución v47 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
90.00	81.82	85.71	87.50	100.00	100.00	84.21	87.50	81.82	95.24	93.10	94.59	100.00
10.00	18.18	14.29	12.50	0.00	0.00	15.79	12.50	18.18	4.76	6.90	5.41	0.00

Tabla 346. Suma (porcentaje)

- v48. ¿Se mencionan las implicaciones del estudio?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	11	14	14	13	23	19	16	22	20	29	37	37
1	0	0	0	2	2	0	0	0	0	1	0	0	0

Tabla 347. Evolución v48 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	87.50	86.67	100.00	100.00	100.00	100.00	95.24	100.00	100.00	100.00
0.00	0.00	0.00	12.50	13.33	0.00	0.00	0.00	0.00	4.76	0.00	0.00	0.00

Tabla 348. Suma (porcentaje)

- v49. ¿Se menciona su contribución a la literatura?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	10	13	14	15	20	18	15	19	17	24	35	33
1	0	1	1	2	0	3	1	1	3	4	5	2	4

Tabla 349. Evolución v49 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	90.91	92.86	87.50	100.00	86.96	94.74	93.75	86.36	80.95	82.76	94.59	89.19
0.00	9.09	7.14	12.50	0.00	13.04	5.26	6.25	13.64	19.05	17.24	5.41	10.81

Tabla 350. Suma (porcentaje)

- v50. ¿Se dan recomendaciones para estudios posteriores?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	10	14	16	14	23	18	16	22	20	29	37	37
1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0

Tabla 351. Evolución v50 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	90.91	100.00	100.00	93.33	100.00	94.74	100.00	100.00	95.24	100.00	100.00	100.00
0.00	9.09	0.00	0.00	6.67	0.00	5.26	0.00	0.00	4.76	0.00	0.00	0.00

Tabla 352. Suma (porcentaje)

- v51. ¿Resume anteriores secciones del resumen?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	11	14	16	15	23	19	16	22	21	29	37	37

Tabla 353. Evolución v51 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 354. Suma (porcentaje)

ORIGINALIDAD/ VALOR

Visión de conjunto

	v53	v54
0	283	283

Tabla 355. Frecuencia

	v53	v54
0	100.00	100.00

Tabla 356. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0
283

Tabla 357. Suma (frecuencias)

0
100.00

Tabla 358. Suma (porcentaje)

De las 283 *Acta Clínica Belgica* que se han analizado: 283 tienen 0 ítem positivo,

- v53. ¿Se especifica explícitamente la originalidad del caso?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	12	15	16	15	23	21	16	22	24	31	39	39

Tabla 359. Evolución v53 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 360. Suma (porcentaje)

- v54. ¿Se describe explícitamente el valor biomédico del caso clínico?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	12	15	16	15	23	21	16	22	24	31	39	39

Tabla 361. Evolución v54 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 362. Suma (porcentaje)

Acta Clínica Belgica en resumen estructurado

	v53	v54
0	13	13

Tabla 363. Frecuencia

	v53	v54
0	100.00	100.00

Tabla 364. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0
13

Tabla 365. Suma

0
100.00

Tabla 366. Suma (porcentaje)

De las 13 *Acta Clínica Belgica* con estructura que se han analizado: 13 tienen 0 ítem positivo,

- v53. ¿Se especifica explícitamente la originalidad del caso?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	1	1	2	3	2	2	2

Tabla 367. Evolución v53 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 368. Suma (porcentaje)

- v54. ¿Se describe explícitamente el valor biomédico del caso clínico?

	2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
0	1	1	2	3	2	2	2

Tabla 369. Evolución v54 a lo largo de los años

2001	2002	2006	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 370. Suma (porcentaje)

Acta Clínica Belgica en resumen no estructurado

	v53	v54
0	270	270

Tabla 371. Frecuencia

	v53	v54
0	100.00	100.00

Tabla 372. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0
270

Tabla 373. Suma

0
100.00

Tabla 374. Suma (porcentaje)

De las 270 *Acta Clínica Belgica* sin estructura que se han analizado: 270 tienen 0 ítem positivo,

- v53. ¿Se especifica explícitamente la originalidad del caso?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	11	14	16	15	23	19	16	22	21	29	37	37

Tabla 375. Evolución v53 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 376. Suma (porcentaje)

- v54. ¿Se describe explícitamente el valor biomédico del caso clínico?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	10	11	14	16	15	23	19	16	22	21	29	37	37

Tabla 377. Evolución v54 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 378. Suma (porcentaje)

Anexo III. Tablas de datos de *Actas Urológicas Españolas*

ASPECTOS GENERALES

Visión de conjunto

	v01	v02	v03	v04	v05	v06
0	575	476	203	277	298	498
1	0	99	372	298	277	77

Tabla 1. Frecuencia

	v01	v02	v03	v04	v05	v06
0	100.00	82.78	35.30	48.17	51.83	86.61
1	0.00	17.22	64.70	51.83	48.17	13.39

Tabla 2. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

1	2	3	4
173	301	56	45

Tabla 3. Suma (frecuencias)

1	2	3	4
30.09	52.35	9.74	7.83

Tabla 4. Suma (porcentaje)

De las 575 *Actas Urológicas Españolas* que se han analizado: 173 tienen 1 ítem positivo, 301 tienen 2 ítems positivos, 56 tienen 3 ítems positivos, 45 tienen 4 ítems positivos.

- v01. El resumen responde a la estructura del metamodelo: introducción, presentación del caso, resultados/discusión, conclusiones y originalidad/valor

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	74	63	60	61	66	56	45	46	49	48	6	1

Tabla 5. Evolución v01 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 6. Suma (porcentaje)

- v02. ¿Guarda relación la estructura del resumen con la del caso clínico?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	63	57	52	49	54	50	37	37	44	33	0	0
1	11	6	8	12	12	6	8	9	5	15	6	1

Tabla 7. Evolución v02 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
85.14	90.48	86.67	80.33	81.82	89.29	82.22	80.43	89.80	68.75	0.00	0.00
14.86	9.52	13.33	19.67	18.18	10.71	17.78	19.57	10.20	31.25	100.00	100.00

Tabla 8. Suma (porcentaje)

- v03. ¿Se encuentra el resumen localizado entre el título del caso clínico y el texto del documento original?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	74	63	60	2	1	0	3	0	0	0	0	0
1	0	0	0	59	65	56	42	46	49	48	6	1

Tabla 9. Evolución v03 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	3.28	1.52	0.00	6.67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0.00	0.00	0.00	96.72	98.48	100.00	93.33	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 10. Suma (porcentaje)

- v04. ¿Está compuesto de un solo párrafo?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	36	31	31	33	35	26	17	20	15	26	6	1
1	38	32	29	28	31	30	28	26	34	22	0	0

Tabla 11. Evolución v04 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
48.65	49.21	51.67	54.10	53.03	46.43	37.78	43.48	30.61	54.17	100.00	100.00
51.35	50.79	48.33	45.90	46.97	53.57	62.22	56.52	69.39	45.83	0.00	0.00

Tabla 12. Suma (porcentaje)

- v05. ¿Está estructurado en varios párrafos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	38	32	29	28	31	30	28	26	34	22	0	0
1	36	31	31	33	35	26	17	20	15	26	6	1

Tabla 13. Evolución v05 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
51.35	50.79	48.33	45.90	46.97	53.57	62.22	56.52	69.39	45.83	0.00	0.00
48.65	49.21	51.67	54.10	53.03	46.43	37.78	43.48	30.61	54.17	100.00	100.00

Tabla 14. Suma (porcentaje)

- v06. ¿Aparece la estructura explícita?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	68	63	57	52	56	50	34	37	48	33	0	0
1	6	0	3	9	10	6	11	9	1	15	6	1

Tabla 15. Evolución v06 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
91.89	100.00	95.00	85.25	84.85	89.29	75.56	80.43	97.96	68.75	0.00	0.00
8.11	0.00	5.00	14.75	15.15	10.71	24.44	19.57	2.04	31.25	100.00	100.00

Tabla 16. Suma (porcentaje)

Actas Urológicas Españolas en resumen estructurado

	v01	v02	v03	v04	v05	v06
0	84	30	17	84	0	7
1	0	54	67	0	84	77

Tabla 17. Frecuencia

	v01	v02	v03	v04	v05	v06
0	100.00	35.71	20.24	100.00	0.00	8.33
1	0.00	64.29	79.76	0.00	100.00	91.67

Tabla 18. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

1	2	3	4
5	5	29	45

Tabla 19. Suma

1	2	3	4
5.95	5.95	34.52	53.57

Tabla 20. Suma (porcentaje)

De las 84 *Actas Urológicas Españolas* con estructura que se han analizado: 5 tienen 1 ítem positivo, 5 tienen 2 ítems positivos, 29 tienen 3 ítems positivos, 45 tienen 4 ítems positivos.

- v01. El resumen responde a la estructura del metamodelo: introducción, presentación del caso, resultados/discusión, conclusiones y originalidad /valor

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	6	7	3	9	10	6	11	9	1	15	6	1

Tabla 21. Evolución v01 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 22. Suma (porcentaje)

- v02. ¿Guarda relación la estructura del resumen con la del caso clínico?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	1	5	1	3	3	3	6	4	0	4	0	0
1	5	2	2	6	7	3	5	5	1	11	6	1

Tabla 23. Evolución v02 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
16.67	71.43	33.33	33.33	30.00	50.00	54.55	44.44	0.00	26.67	0.00	0.00
83.33	28.57	66.67	66.67	70.00	50.00	45.45	55.56	100.00	73.33	100.00	100.00

Tabla 24. Suma (porcentaje)

- v03. ¿Se encuentra localizado entre el título del caso clínico y el texto de documento original?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	6	7	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0
1	0	0	0	9	10	6	10	9	1	15	6	1

Tabla 25. Evolución v03 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	0.00	0.00	0.00	9.09	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0.00	0.00	0.00	100.00	100.00	100.00	90.91	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 26. Suma (porcentaje)

- v04. ¿Está compuesto por un solo párrafo?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	6	7	3	9	10	6	11	9	1	15	6	1

Tabla 27. Evolución v04 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 28. Suma (porcentaje)

- v05. ¿Está estructurado en varios párrafos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
1	6	7	3	9	10	6	11	9	1	15	6	1

Tabla 29. Evolución v05 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 30. Suma (porcentaje)

- v06. ¿Aparece la estructura explícita?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	6	0	3	9	10	6	11	9	1	15	6	1

Tabla 31. Evolución v06 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0.00	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
100.00	0.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 32. Suma (porcentaje)

Actas Urológicas Españolas en resumen no estructurado

	v01	v02	v03	v04	v05	v06
0	491	446	186	193	298	491
1	0	45	305	298	193	0

Tabla 33. Frecuencia

	v01	v02	v03	v04	v05	v06
0	100.00	90.84	37.88	39.31	60.69	100.00
1	0.00	9.16	62.12	60.69	39.31	0.00

Tabla 34. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

1	2	3
168	296	27

Tabla 35. Suma

1	2	3
34.22	60.29	5.50

Tabla 36. Suma (porcentaje)

De las 491 *Actas Urológicas Españolas* sin estructura que se han analizado: 168 tienen 1 ítem positivo, 296 tienen 2 ítems positivos, 27 tienen 3 ítems positivos.

- v01. El resumen responde a la estructura del metamodelo: introducción, presentación del caso, resultados/discusión, conclusiones y originalidad/valor

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	68	56	57	52	56	50	34	37	48	33

Tabla 37. Evolución v01 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 38. Suma (porcentaje)

- v02. ¿Guarda relación la estructura del resumen con la del caso clínico?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	62	52	51	46	51	47	31	33	44	29
1	6	4	6	6	5	3	3	4	4	4

Tabla 39. Evolución v02 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
91.18	92.86	89.47	88.46	91.07	94.00	91.18	89.19	91.67	87.88
8.82	7.14	10.53	11.54	8.93	6.00	8.82	10.81	8.33	12.12

Tabla 40. Suma (porcentaje)

- v03. ¿Se encuentra el resumen localizado entre el título del caso clínico y el texto del documento original?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	68	56	57	2	1	0	2	0	0	0
1	0	0	0	50	55	50	32	37	48	33

Tabla 41. Evolución v03 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
100.00	100.00	100.00	3.85	1.79	0.00	5.88	0.00	0.00	0.00
0.00	0.00	0.00	96.15	98.21	100.00	94.12	100.00	100.00	100.00

Tabla 42. Suma (porcentaje)

- v04. ¿Está compuesto de un solo párrafo?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	30	24	28	24	25	20	6	11	14	11
1	38	32	29	28	31	30	28	26	34	22

Tabla 43. Evolución v04 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
44.12	42.86	49.12	46.15	44.64	40.00	17.65	29.73	29.17	33.33
55.88	57.14	50.88	53.85	55.36	60.00	82.35	70.27	70.83	66.67

Tabla 44. Suma (porcentaje)

- v05. ¿Está estructurado en varios párrafos?

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

0	38	32	29	28	31	30	28	26	34	22
1	30	24	28	24	25	20	6	11	14	11

Tabla 45. Evolución v05 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
55.88	57.14	50.88	53.85	55.36	60.00	82.35	70.27	70.83	66.67
44.12	42.86	49.12	46.15	44.64	40.00	17.65	29.73	29.17	33.33

Tabla 46. Suma (porcentaje)

- v06. ¿Aparece la estructura explícita?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	68	56	57	52	56	50	34	37	48	33

Tabla 47. Evolución v06 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 48. Suma (porcentaje)

OBJETIVOS/TEMA

Visión de conjunto

	v08	v09	v10	v11	v12
0	176	20	519	570	13
1	399	555	56	5	562

Tabla 49. Frecuencia

	v08	v09	v10	v11	v12
0	30.61	3.48	90.26	99.13	2.26
1	69.39	96.52	9.74	0.87	97.74

Tabla 50. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

1	2	3	4	5
6	157	393	17	2

Tabla 51. Suma (frecuencias)

1	2	3	4	5
1.04	27.30	68.35	2.96	0.35

Tabla 52. Suma (porcentaje)

De las 575 *Actas Urológicas Españolas* que se han analizado: 6 tienen 1 ítem positivo, 157 tienen 2 ítems positivos, 393 tienen 3 ítems positivos, 17 tienen 4 ítems positivos, 2 tienen 5 ítems positivos.

- v08. ¿Se incluyen antecedentes sobre el tema (objetivo) desarrollado en el caso expuesto?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	26	23	15	20	22	14	17	12	13	13	1	0
1	48	40	45	41	44	42	28	34	36	35	5	1

Tabla 53. Evolución v08 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
35.14	36.51	25.00	32.79	33.33	25.00	37.78	26.09	26.53	27.08	16.67	0.00
64.86	63.49	75.00	67.21	66.67	75.00	62.22	73.91	73.47	72.92	83.33	100.00

Tabla 54. Suma (porcentaje)

- v09. ¿Se distingue el objetivo principal del trabajo de o de los secundarios si los hay?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	5	0	3	4	3	2	0	3	0	0	0	0
1	69	63	57	57	63	54	45	43	49	48	6	1

Tabla 55. Evolución v09 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
6.76	0.00	5.00	6.56	4.55	3.57	0.00	6.52	0.00	0.00	0.00	0.00
93.24	100.00	95.00	93.44	95.45	96.43	100.00	93.48	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 56. Suma (porcentaje)

- v10. ¿El objetivo aparece explícitamente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	69	57	58	51	60	53	34	39	49	42	6	1
1	5	6	2	10	6	3	11	7	0	6	0	0

Tabla 57. Evolución v10 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
93.24	90.48	96.67	83.61	90.91	94.64	75.56	84.78	100.00	87.50	100.00	100.00
6.76	9.52	3.33	16.39	9.09	5.36	24.44	15.22	0.00	12.50	0.00	0.00

Tabla 58. Suma (porcentaje)

- v11. ¿Aparecen reproducidos los objetivos secundarios?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	74	60	60	61	66	56	44	46	48	48	6	1
1	0	3	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0

Tabla 59. Evolución v11 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	95.24	100.00	100.00	100.00	100.00	97.78	100.00	97.96	100.00	100.00	100.00
0.00	4.76	0.00	0.00	0.00	0.00	2.22	0.00	2.04	0.00	0.00	0.00

Tabla 60. Suma (porcentaje)

- v12. ¿Aparece el problema de salud y su importancia?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	4	6	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0
1	70	57	60	59	66	55	45	46	49	48	6	1

Tabla 61. Evolución v12 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
5.41	9.52	0.00	3.28	0.00	1.79	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
94.59	90.48	100.00	96.72	100.00	98.21	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 62. Suma (porcentaje)

Actas Urológicas Españolas en resumen estructurado

	v08	v09	v10	v11	v12
0	37	4	33	81	3
1	47	80	51	3	81

Tabla 63. Frecuencia

	v08	v09	v10	v11	v12
0	44.05	4.76	39.29	96.43	3.57
1	55.95	95.24	60.71	3.57	96.43

Tabla 64. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

2	3	4	5
7	62	13	2

Tabla 65. Suma

2	3	4	5
8.33	73.81	15.48	2.38

Tabla 66. Suma (porcentaje)

De las 84 *Actas Urológicas Españolas* con estructura que se han analizado: 7 tienen 2 ítem positivo, 62 tienen 3 ítems positivos, 13 tienen 4 ítems positivos, 2 tienen 5 ítems positivos.

- v08. ¿Se incluyen antecedentes sobre el tema (objetivo) desarrollado en el caso expuesto?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	2	3	1	6	5	3	6	5	0	5	1	0
1	4	4	2	3	5	3	5	4	1	10	5	1

Tabla 67. Evolución v08 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
33.33	42.86	33.33	66.67	50.00	50.00	54.55	55.56	0.00	33.33	16.67	0.00
66.67	57.14	66.67	33.33	50.00	50.00	45.45	44.44	100.00	66.67	83.33	100.00

Tabla 68. Suma (porcentaje)

- v09. ¿Se distingue el objetivo principal del trabajo del o de los secundarios si los hay?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
1	5	7	3	8	9	5	11	9	1	15	6	1

Tabla 69. Evolución v09 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
16.67	0.00	0.00	11.11	10.00	16.67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
83.33	100.00	100.00	88.89	90.00	83.33	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 70. Suma (porcentaje)

- v10. ¿El objetivo aparece explícitamente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	1	1	1	2	4	3	2	2	1	9	6	1
1	5	6	2	7	6	3	9	7	0	6	0	0

Tabla 71. Evolución v10 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
16.67	14.29	33.33	22.22	40.00	50.00	18.18	22.22	100.00	60.00	100.00	100.00
83.33	85.71	66.67	77.78	60.00	50.00	81.82	77.78	0.00	40.00	0.00	0.00

Tabla 72. Suma (porcentaje)

- v11. ¿Aparecen reproducidos los objetivos secundarios?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	6	5	3	9	10	6	10	9	1	15	6	1
1	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0

Tabla 73. Evolución v11 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	71.43	100.00	100.00	100.00	100.00	90.91	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
0.00	28.57	0.00	0.00	0.00	0.00	9.09	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 74. Suma (porcentaje)

- v12. ¿Aparece el problema de salud y su importancia?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
1	6	5	3	8	10	6	11	9	1	15	6	1

Tabla 75. Evolución v12 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0.00	28.57	0.00	11.11	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
100.00	71.43	100.00	88.89	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 76. Suma (porcentaje)

Actas Urológicas Españolas en resumen no estructurado

	v08	v09	v10	v11	v12
0	139	16	486	489	10
1	352	475	5	2	481

Tabla 77. Frecuencia

	v08	v09	v10	v11	v12
0	28.31	3.26	98.98	99.59	2.04
1	71.69	96.74	1.02	0.41	97.96

Tabla 78. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

1	2	3	4
6	150	331	4

Tabla 79. Suma

1	2	3	4
1.22	30.55	67.41	0.81

Tabla 80. Suma (porcentaje)

De las 491 *Actas Urológicas Españolas* sin estructura que se han analizado: 6 tienen 1 ítem positivo, 150 tienen 2 ítems positivos, 331 tienen 3 ítems positivos, 4 tienen 4 ítems positivos.

- v08. ¿Se incluyen antecedentes sobre el tema (objetivo) desarrollado en el caso expuesto?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	24	20	14	14	17	11	11	7	13	8
1	44	36	43	38	39	39	23	30	35	25

Tabla 81. Evolución v08 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
35.29	35.71	24.56	26.92	30.36	22.00	32.35	18.92	27.08	24.24
64.71	64.29	75.44	73.08	69.64	78.00	67.65	81.08	72.92	75.76

Tabla 82. Suma (porcentaje)

- v09. ¿Se distingue el objetivo principal del trabajo del o de los secundarios si los hay?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	4	0	3	3	2	1	0	3	0	0
1	64	56	54	49	54	49	34	34	48	33

Tabla 83. Evolución v09 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
5.88	0.00	5.26	5.77	3.57	2.00	0.00	8.11	0.00	0.00
94.12	100.00	94.74	94.23	96.43	98.00	100.00	91.89	100.00	100.00

Tabla 84. Suma (porcentaje)

- v10. ¿El objetivo aparece explícitamente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	68	56	57	49	56	50	32	37	48	33
1	0	0	0	3	0	0	2	0	0	0

Tabla 85. Evolución v10 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
100.00	100.00	100.00	94.23	100.00	100.00	94.12	100.00	100.00	100.00
0.00	0.00	0.00	5.77	0.00	0.00	5.88	0.00	0.00	0.00

Tabla 86. Suma (porcentaje)

- v11. ¿Aparecen reproducidos los objetivos secundarios?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	68	55	57	52	56	50	34	37	47	33
1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0

Tabla 87. Evolución v11 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
100.00	98.21	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	97.92	100.00
0.00	1.79	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.08	0.00

Tabla 88. Suma (porcentaje)

- v12. ¿Aparece el problema de salud y su importancia?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	4	4	0	1	0	1	0	0	0	0
1	64	52	57	51	56	49	34	37	48	33

Tabla 89. Evolución v12 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
5.88	7.14	0.00	1.92	0.00	2.00	0.00	0.00	0.00	0.00
94.12	92.86	100.00	98.08	100.00	98.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 90. Suma (porcentaje)

METODOLOGÍA/PACIENTES

Visión de conjunto

	v14	v15	v16	v17	v18
0	239	489	268	349	557
1	336	86	307	226	18

Tabla 91. Frecuencia

	v14	v15	v16	v17	v18
0	41.57	85.04	46.61	60.70	96.87
1	58.43	14.96	53.39	39.30	3.13

Tabla 92. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	1	2	3	4	5
226	22	89	180	57	1

Tabla 93. Suma (frecuencias)

0	1	2	3	4	5
39.30	3.83	15.48	31.30	9.91	0.17

Tabla 94. Suma (porcentaje)

De las 575 *Actas Urológicas Españolas* que se han analizado: 226 tienen 0 ítem positivo, 22 tienen 1 ítem positivo, 89 tienen 2 ítems positivos, 180 tienen 3 ítems positivos, 57 tienen 4 ítems positivos, 1 tienen 5 ítems positivos.

- v14. ¿Se indica el número de pacientes?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	36	28	31	30	23	28	18	21	14	10	0	0
1	38	35	29	31	43	28	27	25	35	38	6	1

Tabla 95. Evolución v14 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
48.65	44.44	51.67	49.18	34.85	50.00	40.00	45.65	28.57	20.83	0.00	0.00
51.35	55.56	48.33	50.82	65.15	50.00	60.00	54.35	71.43	79.17	100.00	100.00

Tabla 96. Suma (porcentaje)

- v15. ¿Se describen las características, el contexto y los aspectos primarios del paciente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	63	53	53	45	59	54	41	39	37	40	5	0
1	11	10	7	16	7	2	4	7	12	8	1	1

Tabla 97. Evolución v15 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
85.14	84.13	88.33	73.77	89.39	96.43	91.11	84.78	75.51	83.33	83.33	0.00
14.86	15.87	11.67	26.23	10.61	3.57	8.89	15.22	24.49	16.67	16.67	100.00

Tabla 98. Suma (porcentaje)

- v16. ¿Se da información del sexo del paciente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	45	37	34	32	26	28	19	22	14	10	1	0
1	29	26	26	29	40	28	26	24	35	38	5	1

Tabla 99. Evolución v16 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
60.81	58.73	56.67	52.46	39.39	50.00	42.22	47.83	28.57	20.83	16.67	0.00
39.19	41.27	43.33	47.54	60.61	50.00	57.78	52.17	71.43	79.17	83.33	100.00

Tabla 100. Suma (porcentaje)

- v17. ¿Se da información de la edad del paciente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	47	43	45	40	35	35	24	30	26	22	2	0
1	27	20	15	21	31	21	21	16	23	26	4	1

Tabla 101. Evolución v17 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
63.51	68.25	75.00	65.57	53.03	62.50	53.33	65.22	53.06	45.83	33.33	0.00
36.49	31.75	25.00	34.43	46.97	37.50	46.67	34.78	46.94	54.17	66.67	100.00

Tabla 102. Suma (porcentaje)

- v18. ¿Se ofrecen características demográficas comunes o contexto?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	68	62	59	60	62	54	44	46	49	47	5	1
1	6	1	1	1	4	2	1	0	0	1	1	0

Tabla 103. Evolución v18 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
91.89	98.41	98.33	98.36	93.94	96.43	97.78	100.00	100.00	97.92	83.33	100.00
8.11	1.59	1.67	1.64	6.06	3.57	2.22	0.00	0.00	2.08	16.67	0.00

Tabla 104. Suma (porcentaje)

Actas Urológicas Españolas en resumen estructurado

	v14	v15	v16	v17	v18
0	13	70	21	29	75
1	71	14	63	55	9

Tabla 105. Frecuencia

	v14	v15	v16	v17	v18
0	15.48	83.33	25.00	34.52	89.29
1	84.52	16.67	75.00	65.48	10.71

Tabla 106. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	1	2	3	4
10	6	13	40	15

Tabla 107. Suma

0	1	2	3	4
11.90	7.14	15.48	47.62	17.86

Tabla 108. Suma (porcentaje)

De las 84 *Actas Urológicas Españolas* con estructura que se han analizado: 10 tienen 0 ítem positivo, 6 tienen 1 ítems positivos, 13 tienen 2 ítems positivos, 40 tienen 3 ítems positivos, 15 tienen 4 ítems positivos.

- v14. ¿Se indica el número de pacientes?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	1	0	0	0	0	2	4	3	0	3	0	0
1	5	7	3	9	10	4	7	6	1	12	6	1

Tabla 109. Evolución v14 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
16.67	0.00	0.00	0.00	0.00	33.33	36.36	33.33	0.00	20.00	0.00	0.00
83.33	100.00	100.00	100.00	100.00	66.67	63.64	66.67	100.00	80.00	100.00	100.00

Tabla 110. Suma (porcentaje)

- v15. ¿Se describen las características, el contexto y los aspectos primarios del paciente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	5	6	3	5	8	6	11	8	1	12	5	0
1	1	1	0	4	2	0	0	1	0	3	1	1

Tabla 111. Evolución v15 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
83.33	85.71	100.00	55.56	80.00	100.00	100.00	88.89	100.00	80.00	83.33	0.00
16.67	14.29	0.00	44.44	20.00	0.00	0.00	11.11	0.00	20.00	16.67	100.00

Tabla 112. Suma (porcentaje)

- v16. ¿Se da información del sexo del paciente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	3	2	1	1	1	2	4	3	0	3	1	0
1	3	5	2	8	9	4	7	6	1	12	5	1

Tabla 113. Evolución v16 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
50.00	28.57	33.33	11.11	10.00	33.33	36.36	33.33	0.00	20.00	16.67	0.00
50.00	71.43	66.67	88.89	90.00	66.67	63.64	66.67	100.00	80.00	83.33	100.00

Tabla 114. Suma (porcentaje)

- v17. ¿Se da información de la edad del paciente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	3	4	2	2	2	2	4	4	0	4	2	0
1	3	3	1	7	8	4	7	5	1	11	4	1

Tabla 115. Evolución v17 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
50.00	57.14	66.67	22.22	20.00	33.33	36.36	44.44	0.00	26.67	33.33	0.00
50.00	42.86	33.33	77.78	80.00	66.67	63.64	55.56	100.00	73.33	66.67	100.00

Tabla 116. Suma (porcentaje)

- v18. ¿Se ofrecen características demográficas comunes o contexto?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	3	7	3	8	9	5	10	9	1	14	5	1
1	3	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0

Tabla 117. Evolución v18 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
50.00	100.00	100.00	88.89	90.00	83.33	90.91	100.00	100.00	93.33	83.33	100.00
50.00	0.00	0.00	11.11	10.00	16.67	9.09	0.00	0.00	6.67	16.67	0.00

Tabla 118. Suma (porcentaje)

Actas Urológicas Españolas en resumen no estructurado

	v14	v15	v16	v17	v18
0	226	419	247	320	482
1	265	72	244	171	9

Tabla 119. Frecuencia

	v14	v15	v16	v17	v18
0	46.03	85.34	50.31	65.17	98.17
1	53.97	14.66	49.69	34.83	1.83

Tabla 120. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	1	2	3	4	5
216	16	76	140	42	1

Tabla 121. Suma

0	1	2	3	4	5
43.99	3.26	15.48	28.51	8.55	0.20

Tabla 122. Suma (porcentaje)

De las 491 *Actas Urológicas Españolas* sin estructura que se han analizado: 216 tienen

0 ítem positivo, 16 tienen 1 ítems positivos, 76 tienen 2 ítems positivos, 140 tienen 3 ítems positivos, 42 tienen 4 ítems positivos, 1 tienen 5 ítems positivos.

- v14. ¿Se indica el número de pacientes?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	35	28	31	30	23	26	14	18	14	7
1	33	28	26	22	33	24	20	19	34	26

Tabla 123. Evolución v14 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
51.47	50.00	54.39	57.69	41.07	52.00	41.18	48.65	29.17	21.21
48.53	50.00	45.61	42.31	58.93	48.00	58.82	51.35	70.83	78.79

Tabla 124. Suma (porcentaje)

- v15. ¿Se describen las características, el contexto y los aspectos primarios del paciente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	58	47	50	40	51	48	30	31	36	28
1	10	9	7	12	5	2	4	6	12	5

Tabla 125. Evolución v15 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
85.29	83.93	87.72	76.92	91.07	96.00	88.24	83.78	75.00	84.85
14.71	16.07	12.28	23.08	8.93	4.00	11.76	16.22	25.00	15.15

Tabla 126. Suma (porcentaje)

- v16. ¿Se da información del sexo del paciente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	42	35	33	31	25	26	15	19	14	7
1	26	21	24	21	31	24	19	18	34	26

Tabla 127. Evolución v16 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
61.76	62.50	57.89	59.62	44.64	52.00	44.12	51.35	29.17	21.21
38.24	37.50	42.11	40.38	55.36	48.00	55.88	48.65	70.83	78.79

Tabla 128. Suma (porcentaje)

- v17. ¿Se da información de la edad del paciente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	44	39	43	38	33	33	20	26	26	18
1	24	17	14	14	23	17	14	11	22	15

Tabla 129. Evolución v17 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
64.71	69.64	75.44	73.08	58.93	66.00	58.82	70.27	54.17	54.55
35.29	30.36	24.56	26.92	41.07	34.00	41.18	29.73	45.83	45.45

Tabla 130. Suma (porcentaje)

- v18. ¿Se ofrecen características demográficas comunes o contexto?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	65	55	56	52	53	49	34	37	48	33
1	3	1	1	0	3	1	0	0	0	0

Tabla 131. Evolución v18 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
95.59	98.21	98.25	100.00	94.64	98.00	100.00	100.00	100.00	100.00
4.41	1.79	1.75	0.00	5.36	2.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 132. Suma (porcentaje)

METODOLOGÍA/INTERVENCIÓN

Visión de conjunto

	v20	v21	v22	v23	v24	v25	v26	v27	v28	v29
0	575	574	540	319	553	575	40	478	528	14
1	0	1	35	256	22	0	535	97	47	561

Tabla 133. Frecuencia

	v20	v21	v22	v23	v24	v25	v26	v27	v28	v29
0	100.00	99.83	93.91	55.48	96.17	100.00	6.96	83.13	91.83	2.43
1	0.00	0.17	6.09	44.52	3.83	0.00	93.04	16.87	8.17	97.57

Tabla 134. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

1	2	3	4	5	6
24	249	197	85	19	1

Tabla 135. Suma (frecuencias)

1	2	3	4	5	6
4.17	43.30	34.26	14.78	3.30	0.17

Tabla 136. Suma (porcentaje)

De las 575 *Actas Urológicas Españolas* que se han analizado: 24 tienen 1 ítem positivo, 249 tienen 2 ítems positivos, 197 tienen 3 ítems positivos, 85 tienen 4 ítems positivos, 19 tienen 5 ítems positivos, 1 tienen 6 ítems positivos.

- v20. ¿Se especifica el tipo de trabajo efectuado?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	74	63	60	61	66	56	45	46	49	48	6	1

Tabla 137. Evolución v20 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 138. Suma (porcentaje)

- v21. ¿Se explica el diseño del estudio?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	74	62	60	61	66	56	45	46	49	48	6	1
1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 139. Evolución v21 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	98.41	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
0.00	1.59	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 140. Suma (porcentaje)

- v22. ¿Se ofrece la duración del estudio?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	70	60	58	56	63	52	42	45	47	42	5	0
1	4	3	2	5	3	4	3	1	2	6	1	1

Tabla 141. Evolución v22 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
94.59	95.24	96.67	91.80	95.45	92.86	93.33	97.83	95.92	87.50	83.33	0.00
5.41	4.76	3.33	8.20	4.55	7.14	6.67	2.17	4.08	12.50	16.67	100.00

Tabla 142. Suma (porcentaje)

- v23. ¿Se ofrece la descripción de la intervención?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	40	38	36	40	35	29	21	27	32	21	0	0
1	34	25	24	21	31	27	24	19	17	27	6	1

Tabla 143. Evolución v23 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
54.05	60.32	60.00	65.57	53.03	51.79	46.67	58.70	65.31	43.75	0.00	0.00
45.95	39.68	40.00	34.43	46.97	48.21	53.33	41.30	34.69	56.25	100.00	100.00

Tabla 144. Suma (porcentaje)

- v24. ¿Se da una buena descripción de los métodos usados para los cuidados del paciente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	74	62	59	59	64	54	42	45	49	43	2	0
1	0	1	1	2	2	2	3	1	0	5	4	1

Tabla 145. Evolución v24 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	98.41	98.33	96.72	96.97	96.43	93.33	97.83	100.00	89.58	33.33	0.00
0.00	1.59	1.67	3.28	3.03	3.57	6.67	2.17	0.00	10.42	66.67	100.00

Tabla 146. Suma (porcentaje)

- v25. ¿Se indica el nivel de cuidado clínico?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	74	63	60	61	66	56	45	46	49	48	6	1

Tabla 147. Evolución v25 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 148. Suma (porcentaje)

- v26. ¿Se ofrece el diagnóstico?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	6	1	5	7	6	4	4	4	2	1	0	0
1	68	62	55	54	60	52	41	42	47	47	6	1

Tabla 149. Evolución v26 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
8.11	1.59	8.33	11.48	9.09	7.14	8.89	8.70	4.08	2.08	0.00	0.00
91.89	98.41	91.67	88.52	90.91	92.86	91.11	91.30	95.92	97.92	100.00	100.00

Tabla 150. Suma (porcentaje)

- v27. ¿Se explican los criterios de valoración de las pruebas diagnósticas?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	66	54	52	49	57	38	38	40	41	36	6	1
1	8	9	8	12	9	18	7	6	8	12	0	0

Tabla 151. Evolución v27 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
89.19	85.71	86.67	80.33	86.36	67.86	84.44	86.96	83.67	75.00	100.00	100.00
10.81	14.29	13.33	19.67	13.64	32.14	15.56	13.04	16.33	25.00	0.00	0.00

Tabla 152. Suma (porcentaje)

- v28. ¿Se usan descriptores técnicos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	72	57	54	59	61	52	43	40	40	45	4	1
1	2	6	6	2	5	4	2	6	9	3	2	0

Tabla 153. Evolución v28 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
97.30	90.48	90.00	96.72	92.42	92.86	95.56	86.96	81.63	93.75	66.67	100.00
2.70	9.52	10.00	3.28	7.58	7.14	4.44	13.04	18.37	6.25	33.33	0.00

Tabla 154. Suma (porcentaje)

- v29. ¿Se dan nombres comunes o sinónimos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	1	1	1	2	2	0	1	4	2	0	0	0
1	73	62	59	59	64	56	44	42	47	48	6	1

Tabla 155. Evolución v29 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
1.35	1.59	1.67	3.28	3.03	0.00	2.22	8.70	4.08	0.00	0.00	0.00
98.65	98.41	98.33	96.72	96.97	100.00	97.78	91.30	95.92	100.00	100.00	100.00

Tabla 156. Suma (porcentaje)

Actas Urológicas Españolas en resumen estructurado

	v20	v21	v22	v23	v24	v25	v26	v27	v28	v29
0	84	84	69	25	71	84	4	59	78	1
1	0	0	15	59	13	0	80	25	6	83

Tabla 157. Frecuencia

	v20	v21	v22	v23	v24	v25	v26	v27	v28	v29
0	100.00	100.00	82.14	29.76	84.52	100.00	4.76	70.24	92.86	1.19
1	0.00	0.00	17.86	70.24	15.48	0.00	95.24	29.76	7.14	98.81

Tabla 158. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

2	3	4	5
22	24	25	13

Tabla 159. Suma

2	3	4	5
26.19	28.57	29.76	15.48

Tabla 160. Suma (porcentaje)

De las 84 *Actas Urológicas Españolas* con estructura que se han analizado: 22 tienen 2 ítem positivo, 24 tienen 3 ítems positivos, 25 tienen 4 ítems positivos, 13 tienen 5 ítems positivos.

- v20. ¿Se especifica el tipo de trabajo efectuado?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	6	7	3	9	10	6	11	9	1	15	6	1

Tabla 161. Evolución v20 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 162. Suma (porcentaje)

- v21. ¿Se explica el diseño del estudio?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	6	7	3	9	10	6	11	9	1	15	6	1
Tabla 163. Evolución v21 a lo largo de los años												

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Tabla 164. Suma (porcentaje)											

- v22. ¿Se ofrece la duración del estudio?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	4	5	3	7	8	5	10	9	1	12	5	0
1	2	2	0	2	2	1	1	0	0	3	1	1
Tabla 165. Evolución v22 a lo largo de los años												

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
66.67	71.43	100.00	77.78	80.00	83.33	90.91	100.00	100.00	80.00	83.33	0.00
33.33	28.57	0.00	22.22	20.00	16.67	9.09	0.00	0.00	20.00	16.67	100.00
Tabla 166. Suma (porcentaje)											

- v23. ¿Se ofrece la descripción de la intervención?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	3	2	0	0	2	3	5	4	1	5	0	0
1	3	5	3	9	8	3	6	5	0	10	6	1
Tabla 167. Evolución v23 a lo largo de los años												

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
50.00	28.57	0.00	0.00	20.00	50.00	45.45	44.44	100.00	33.33	0.00	0.00
50.00	71.43	100.00	100.00	80.00	50.00	54.55	55.56	0.00	66.67	100.00	100.00
Tabla 168. Suma (porcentaje)											

- v24. ¿Se da una buena descripción de los métodos usados para los cuidados del paciente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	6	7	2	7	10	6	10	8	1	12	2	0
1	0	0	1	2	0	0	1	1	0	3	4	1

Tabla 169. Evolución v24 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	66.67	77.78	100.00	100.00	90.91	88.89	100.00	80.00	33.33	0.00
0.00	0.00	33.33	22.22	0.00	0.00	9.09	11.11	0.00	20.00	66.67	100.00

Tabla 170. Suma (porcentaje)

- v25. ¿Se indica el nivel de cuidado clínico?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	6	7	3	9	10	6	11	9	1	15	6	1

Tabla 171. Evolución v25 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 172. Suma (porcentaje)

- v26. ¿Se ofrece el diagnóstico?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0
1	6	7	3	7	8	6	11	9	1	15	6	1

Tabla 173. Evolución v26 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0.00	0.00	0.00	22.22	20.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
100.00	100.00	100.00	77.78	80.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 174. Suma (porcentaje)

- v27. ¿Se explican los criterios de valoración de las pruebas diagnósticas?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	5	6	1	6	8	2	8	5	1	10	6	1
1	1	1	2	3	2	4	3	4	0	5	0	0

Tabla 175. Evolución v27 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
83.33	85.71	33.33	66.67	80.00	33.33	72.73	55.56	100.00	66.67	100.00	100.00
16.67	14.29	66.67	33.33	20.00	66.67	27.27	44.44	0.00	33.33	0.00	0.00

Tabla 176. Suma (porcentaje)

- v28. ¿Se usan descriptores técnicos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	6	7	1	8	9	6	11	9	1	15	4	1
1	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	2	0

Tabla 177. Evolución v28 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	33.33	88.89	90.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	66.67	100.00
0.00	0.00	66.67	11.11	10.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	33.33	0.00

Tabla 178. Suma (porcentaje)

- v29. ¿Se dan nombres comunes o sinónimos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
1	6	7	3	8	10	6	11	9	1	15	6	1

Tabla 179. Evolución v29 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0.00	0.00	0.00	11.11	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
100.00	100.00	100.00	88.89	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 180. Suma (porcentaje)

Actas Urológicas Españolas en resumen no estructurado

	v20	v21	v22	v23	v24	v25	v26	v27	v28	v29
0	491	490	471	294	482	491	36	419	450	13
1	0	1	20	197	9	0	455	72	41	478

Tabla 181. Frecuencia

	v20	v21	v22	v23	v24	v25	v26	v27	v28	v29
0	100.00	99.80	95.93	59.88	98.17	100.00	7.33	85.34	91.65	2.65
1	0.00	0.20	4.07	40.12	1.83	0.00	92.67	14.66	8.35	97.35

Tabla 182. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

1	2	3	4	5	6
24	227	173	60	6	1

Tabla 183. Suma

1	2	3	4	5	6
4.89	46.23	35.23	12.22	1.22	0.20

Tabla 184. Suma (porcentaje)

De las 491 *Actas Urológicas Españolas* sin estructura que se han analizado: 24 tienen 1 ítem positivo, 227 tienen 2 ítems positivos, 173 tienen 3 ítems positivos, 60 tienen 4 ítems positivos, 6 tienen 5 ítems positivos, 1 tienen 6 ítems positivos.

- v20. ¿Se especifica el tipo de trabajo efectuado?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	68	56	57	52	56	50	34	37	48	33

Tabla 185. Evolución v20 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 186. Suma (porcentaje)

- v21. ¿Se explica el diseño del estudio?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	68	55	57	52	56	50	34	37	48	33
1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 187. Evolución v21 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
100.00	98.21	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
0.00	1.79	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 188. Suma (porcentaje)

- v22. ¿Se ofrece la duración del estudio?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	66	55	55	49	55	47	32	36	46	30
1	2	1	2	3	1	3	2	1	2	3

Tabla 189. Evolución v22 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
97.06	98.21	96.49	94.23	98.21	94.00	94.12	97.30	95.83	90.91
2.94	1.79	3.51	5.77	1.79	6.00	5.88	2.70	4.17	9.09

Tabla 190.. Suma (porcentaje)

- v23. ¿Se ofrece la descripción de la intervención?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	37	36	36	40	33	26	16	23	31	16
1	31	20	21	12	23	24	18	14	17	17

Tabla 191. Evolución v23 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
54.41	64.29	63.16	76.92	58.93	52.00	47.06	62.16	64.58	48.48
45.59	35.71	36.84	23.08	41.07	48.00	52.94	37.84	35.42	51.52

Tabla 192. Suma (porcentaje)

- v24. ¿Se da una buena descripción de los métodos usados para los cuidados del paciente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	68	55	57	52	54	48	32	37	48	31
1	0	1	0	0	2	2	2	0	0	2

Tabla 193. Evolución v24 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
100.00	98.21	100.00	100.00	96.43	96.00	94.12	100.00	100.00	93.94
0.00	1.79	0.00	0.00	3.57	4.00	5.88	0.00	0.00	6.06

Tabla 194. Suma (porcentaje)

- v25. ¿Se indica el nivel de cuidado clínico?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	68	56	57	52	56	50	34	37	48	33

Tabla 195. Evolución v25 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 196. Suma (porcentaje)

- v26. ¿Se ofrece el diagnóstico?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	6	1	5	5	4	4	4	4	2	1
1	62	55	52	47	52	46	30	33	46	32

Tabla 197. Evolución v26 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
8.82	1.79	8.77	9.62	7.14	8.00	11.76	10.81	4.17	3.03
91.18	98.21	91.23	90.38	92.86	92.00	88.24	89.19	95.83	96.97

Tabla 198. Suma (porcentaje)

- v27. ¿Se explican los criterios de valoración de las pruebas diagnósticas?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	61	48	51	43	49	36	30	35	40	26
1	7	8	6	9	7	14	4	2	8	7

Tabla 199. Evolución v27 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
89.71	85.71	89.47	82.69	87.50	72.00	88.24	94.59	83.33	78.79
10.29	14.29	10.53	17.31	12.50	28.00	11.76	5.41	16.67	21.21

Tabla 200. Suma (porcentaje)

- v28. ¿Se usan descriptores técnicos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	66	50	53	51	52	46	32	31	39	30
1	2	6	4	1	4	4	2	6	9	3

Tabla 201. Evolución v28 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
97.06	89.29	92.98	98.08	92.86	92.00	94.12	83.78	81.25	90.91
2.94	10.71	7.02	1.92	7.14	8.00	5.88	16.22	18.75	9.09

Tabla 202. Suma (porcentaje)

- v29. ¿Se dan nombres comunes o sinónimos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	1	1	1	1	2	0	1	4	2	0
1	67	55	56	51	54	50	33	33	46	33

Tabla 203. Evolución v29 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1.47	1.79	1.75	1.92	3.57	0.00	2.94	10.81	4.17	0.00
98.53	98.21	98.25	98.08	96.43	100.00	97.06	89.19	95.83	100.00

Tabla 204. Suma (porcentaje)

METODOLOGÍA/MEDIDAS DE VARIABLES

Visión de conjunto

	v31	v32	v33
0	575	575	575

Tabla 205. Frecuencia

	v31	v32	v33
0	100.00	100.00	100.00

Tabla 206. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0
575
Tabla 207. Suma (frecuencias)

0
100.00
Tabla 208. Suma (porcentaje)

De las 575 *Actas Urológicas Españolas* que se han analizado: 575 tienen 0 ítem positivo.

- v31. ¿Se da información sobre las medidas?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	74	63	60	61	66	56	45	46	49	48	6	1
Tabla 209. Evolución v31 a lo largo de los años												

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Tabla 210. Suma (porcentaje)											

- v32. ¿Se identifica las variables de forma explícita?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	74	63	60	61	66	56	45	46	49	48	6	1
Tabla 211. Evolución v32 a lo largo de los años												

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Tabla 212. Suma (porcentaje)											

- v33. ¿Se ofrece la fuente de los datos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	74	63	60	61	66	56	45	46	49	48	6	1
Tabla 213. Evolución v33 a lo largo de los años												

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Tabla 214. Suma (porcentaje)											

Actas Urológicas Españolas en resumen estructurado

	v31	v32	v33
0	84	84	84

Tabla 215. Frecuencia

	v31	v32	v33
0	100.00	100.00	100.00

Tabla 216. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0
84

Tabla 217. Suma

0
100.00

Tabla 218. Suma (porcentaje)

De las 84 *Actas Urológicas Españolas* con estructura que se han analizado: 84 tienen 0 ítem positivo,

- v31. ¿Se da información sobre las medidas?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	6	7	3	9	10	6	11	9	1	15	6	1

Tabla 219. Evolución v31 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 220. Suma (porcentaje)

- v32. ¿Se identifican las variables de forma explícita?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	6	7	3	9	10	6	11	9	1	15	6	1

Tabla 221. Evolución v32 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 222. Suma (porcentaje)

- v33. ¿Se ofrece la fuente de los datos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	6	7	3	9	10	6	11	9	1	15	6	1

Tabla 223. Evolución v33 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 224. Suma (porcentaje)

Actas Urológicas Españolas en resumen no estructurado

	v31	v32	v33
0	491	491	491

Tabla 225. Frecuencia

	v31	v32	v33
0	100.00	100.00	100.00

Tabla 226. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0
491

Tabla 227. Suma

0
100.00

Tabla 228. Suma (porcentaje)

De las 491 *Actas Urológicas Españolas* sin estructura que se han analizado: 491 tienen 0 ítem positivo,

- v31. ¿Se da información sobre las medidas?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	68	56	57	52	56	50	34	37	48	33

Tabla 229. Evolución v31 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 230. Suma (porcentaje)

- v32. ¿Se identifican las variables de forma explícita?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	68	56	57	52	56	50	34	37	48	33

Tabla 231. Evolución v32 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 232. Suma (porcentaje)

- v33. ¿Se ofrece la fuente de los datos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	68	56	57	52	56	50	34	37	48	33

Tabla 233. Evolución v33 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 234. Suma (porcentaje)

RESULTADOS

Visión de conjunto

	v35	v36	v37	v38	v39	v40	v41	v42	v43	v44
0	431	559	456	549	574	575	573	571	574	575
1	144	16	119	26	1	0	2	4	1	0

Tabla 235. Frecuencia

	v35	v36	v37	v38	v39	v40	v41	v42	v43	v44
0	74.96	97.22	79.30	95.48	99.83	100.00	99.65	99.30	99.83	100.00
1	25.04	2.78	20.70	4.52	0.17	0.00	0.35	0.70	0.17	0.00

Tabla 236. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	1	2	3	4
431	4	117	17	6

Tabla 237. Suma (frecuencias)

0	1	2	3	4
74.96	0.70	20.35	2.96	1.04

Tabla 238. Suma (porcentaje)

De las 575 *Actas Urológicas Españolas* que se han analizado: 431 tienen 0 ítem positivo, 4 tienen 1 ítems positivos, 117 tienen 2 ítems positivos, 17 tienen 3 ítems positivos, 6 tienen 4 ítems positivos.

- v35. ¿Se proporciona información sobre los resultados obtenidos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	51	47	41	51	51	46	29	40	42	32	1	0
1	23	16	19	10	15	10	16	6	7	16	5	1

Tabla 239. Evolución v35 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
68.92	74.60	68.33	83.61	77.27	82.14	64.44	86.96	85.71	66.67	16.67	0.00
31.08	25.40	31.67	16.39	22.73	17.86	35.56	13.04	14.29	33.33	83.33	100.00

Tabla 240. Suma (porcentaje)

- v36. ¿Estos resultados son explícitos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	74	63	59	59	65	56	41	46	49	46	1	0
1	0	0	1	2	1	0	4	0	0	2	5	1

Tabla 241. Evolución v36 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	98.33	96.72	98.48	100.00	91.11	100.00	100.00	95.83	16.67	0.00
0.00	0.00	1.67	3.28	1.52	0.00	8.89	0.00	0.00	4.17	83.33	100.00

Tabla 242. Suma (porcentaje)

- v37. ¿Son resultados positivos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	53	52	47	53	52	47	31	42	43	35	1	0
1	21	11	13	8	14	9	14	4	6	13	5	1

Tabla 243. Evolución v37 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
71.62	82.54	78.33	86.89	78.79	83.93	68.89	91.30	87.76	72.92	16.67	0.00
28.38	17.46	21.67	13.11	21.21	16.07	31.11	8.70	12.24	27.08	83.33	100.00

Tabla 244. Suma (porcentaje)

- v38. Son resultados negativos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	70	59	54	60	64	55	43	44	48	45	6	1
1	4	4	6	1	2	1	2	2	1	3	0	0

Tabla 245. Evolución v38 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
94.59	93.65	90.00	98.36	96.97	98.21	95.56	95.65	97.96	93.75	100.00	100.00
5.41	6.35	10.00	1.64	3.03	1.79	4.44	4.35	2.04	6.25	0.00	0.00

Tabla 246. Suma (porcentaje)

- v39. ¿Se mencionan las limitaciones?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	74	63	60	60	66	56	45	46	49	48	6	1
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 247. Evolución v39 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	98.36	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
0.00	0.00	0.00	1.64	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 248. Suma (porcentaje)

- v40. ¿Incluye cambios en las medidas primarias?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	74	63	60	61	66	56	45	46	49	48	6	1

Tabla 249. Evolución v40 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 250. Suma (porcentaje)

- v41. ¿Se incluyen interpretaciones?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	74	62	59	61	66	56	45	46	49	48	6	1
1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 251. Evolución v41 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	98.41	98.33	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
0.00	1.59	1.67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 252. Suma (porcentaje)

- v42. ¿Aparecen datos numéricos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	74	63	60	61	66	56	45	46	49	48	3	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1

Tabla 253. Evolución v42 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	50.00	0.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	50.00	100.00

Tabla 254. Suma (porcentaje)

- v43. ¿Aparecen datos estadísticos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	74	63	59	61	66	56	45	46	49	48	6	1
1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 255. Evolución v43 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	98.33	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
0.00	0.00	1.67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 256. Suma (porcentaje)

- v44. ¿Todas las medidas descritas en el caso clínico tienen correspondencia en el resumen?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	74	63	60	61	66	56	45	46	49	48	6	1

Tabla 257. Evolución v44 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 258. Suma (porcentaje)

Actas Urológicas Españolas en resumen estructurado

	v35	v36	v37	v38	v39	v40	v41	v42	v43	v44
0	45	69	53	80	83	84	83	80	83	84
1	39	15	31	4	1	0	1	4	1	0

Tabla 259. Frecuencia

	v35	v36	v37	v38	v39	v40	v41	v42	v43	v44
0	53.57	82.14	63.10	95.24	98.81	100.00	98.81	95.24	98.81	100.00
1	46.43	17.86	36.90	4.76	1.19	0.00	1.19	4.76	1.19	0.00

Tabla 260. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	1	2	3	4
45	4	19	10	6

Tabla 261. Suma

0	1	2	3	4
53.57	4.76	22.62	11.90	7.14

Tabla 262. Suma (porcentaje)

De las 84 *Actas Urológicas Españolas* con estructura que se han analizado: 45 tienen 0 ítem positivo, 4 tienen 1 ítem positivo, 19 tienen 2 ítems positivos, 10 tienen 3 ítems positivos, 6 tienen 4 ítems positivos.

- v35. ¿Se proporciona información sobre los resultados obtenidos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	3	3	0	4	6	3	6	8	1	10	1	0
1	3	4	3	5	4	3	5	1	0	5	5	1

Tabla 263. Evolución v35 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
50.00	42.86	0.00	44.44	60.00	50.00	54.55	88.89	100.00	66.67	16.67	0.00
50.00	57.14	100.00	55.56	40.00	50.00	45.45	11.11	0.00	33.33	83.33	100.00

Tabla 264. Suma (porcentaje)

- v36. ¿Estos resultados son explícitos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	6	7	2	7	9	6	8	9	1	13	1	0
1	0	0	1	2	1	0	3	0	0	2	5	1

Tabla 265. Evolución v36 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	66.67	77.78	90.00	100.00	72.73	100.00	100.00	86.67	16.67	0.00
0.00	0.00	33.33	22.22	10.00	0.00	27.27	0.00	0.00	13.33	83.33	100.00

Tabla 266. Suma (porcentaje)

- v37. ¿Son resultados positivos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	4	6	2	6	6	3	6	8	1	10	1	0
1	2	1	1	3	4	3	5	1	0	5	5	1

Tabla 267. Evolución v37 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
66.67	85.71	66.67	66.67	60.00	50.00	54.55	88.89	100.00	66.67	16.67	0.00
33.33	14.29	33.33	33.33	40.00	50.00	45.45	11.11	0.00	33.33	83.33	100.00

Tabla 268. Suma (porcentaje)

- v38. ¿Son resultados negativos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	5	6	2	9	10	6	10	9	1	15	6	1
1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0

Tabla 269. Evolución v38 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
83.33	85.71	66.67	100.00	100.00	100.00	90.91	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
16.67	14.29	33.33	0.00	0.00	0.00	9.09	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 270. Suma (porcentaje)

- v39. ¿Se mencionan las limitaciones?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	6	7	3	8	10	6	11	9	1	15	6	1
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 271. Evolución v39 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	88.89	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
0.00	0.00	0.00	11.11	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 272. Suma (porcentaje)

- v40. ¿Incluye cambios en las medidas primarias?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	6	7	3	9	10	6	11	9	1	15	6	1

Tabla 273. Evolución v40 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 274. Suma (porcentaje)

- v41. ¿Se incluyen interpretaciones?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	6	6	3	9	10	6	11	9	1	15	6	1
1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 275. Evolución v41 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	85.71	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
0.00	14.29	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 276. Suma (porcentaje)

- v42. ¿Aparecen datos numéricos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	6	7	3	9	10	6	11	9	1	15	3	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1

Tabla 277. Evolución v42 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	50.00	0.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	50.00	100.00

Tabla 278. Suma (porcentaje)

- v43. ¿Aparecen datos estadísticos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	6	7	2	9	10	6	11	9	1	15	6	1
1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 279. Evolución v43 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	66.67	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
0.00	0.00	33.33	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 280. Suma (porcentaje)

- v44. ¿Todas las medidas descritas en el caso clínico tienen correspondencia en el resumen?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	6	7	3	9	10	6	11	9	1	15	6	1

Tabla 281. Evolución v44 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 282. Suma (porcentaje)

Actas Urológicas Españolas en resumen no estructurado

	v35	v36	v37	v38	v39	v40	v41	v42	v43	v44
0	386	490	403	469	491	491	490	491	491	491
1	105	1	88	22	0	0	1	0	0	0

Tabla 283. Frecuencia

	v35	v36	v37	v38	v39	v40	v41	v42	v43	v44
0	78.62	99.80	82.08	95.52	100.00	100.00	99.80	100.00	100.00	100.00
1	21.38	0.20	17.92	4.48	0.00	0.00	0.20	0.00	0.00	0.00

Tabla 284. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	2	3
386	98	7

Tabla 285. Suma

0	2	3
78.62	19.96	1.43

Tabla 286. Suma (porcentaje)

De las 491 *Actas Urológicas Españolas* sin estructura que se han analizado: 386 tienen 0 ítem positivo, 98 tienen 2 ítems positivos, 7 tienen 3 ítems positivos.

- v35. ¿Se proporciona información sobre los resultados obtenidos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	48	44	41	47	45	43	23	32	41	22
1	20	12	16	5	11	7	11	5	7	11

Tabla 287. Evolución v35 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
70.59	78.57	71.93	90.38	80.36	86.00	67.65	86.49	85.42	66.67
29.41	21.43	28.07	9.62	19.64	14.00	32.35	13.51	14.58	33.33

Tabla 288. Suma (porcentaje)

- v36. ¿Estos resultados son explícitos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	68	56	57	52	56	50	33	37	48	33
1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0

Tabla 289. Evolución v36 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	97.06	100.00	100.00	100.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.94	0.00	0.00	0.00

Tabla 290. Suma (porcentaje)

- v37. ¿Son resultados positivos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	49	46	45	47	46	44	25	34	42	25
1	19	10	12	5	10	6	9	3	6	8

Tabla 291. Evolución v37 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
72.06	82.14	78.95	90.38	82.14	88.00	73.53	91.89	87.50	75.76
27.94	17.86	21.05	9.62	17.86	12.00	26.47	8.11	12.50	24.24

Tabla 292. Suma (porcentaje)

- v38. ¿Son resultados negativos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	65	53	52	51	54	49	33	35	47	30
1	3	3	5	1	2	1	1	2	1	3

Tabla 293. Evolución v38 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
95.59	94.64	91.23	98.08	96.43	98.00	97.06	94.59	97.92	90.91
4.41	5.36	8.77	1.92	3.57	2.00	2.94	5.41	2.08	9.09

Tabla 294. Suma (porcentaje)

- v39. ¿Se mencionan las limitaciones?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	68	56	57	52	56	50	34	37	48	33

Tabla 295. Evolución v39 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 296. Suma (porcentaje)

- v40. ¿Incluye cambios en las medidas primarias?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	68	56	57	52	56	50	34	37	48	33

Tabla 297. Evolución v40 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 298. Suma (porcentaje)

- v41. ¿Se incluyen interpretaciones?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	68	56	56	52	56	50	34	37	48	33
1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 299. Evolución v41 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
100.00	100.00	98.25	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
0.00	0.00	1.75	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 300. Suma (porcentaje)

- v42. ¿Aparecen datos numéricos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	68	56	57	52	56	50	34	37	48	33

Tabla 301. Evolución v42 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 302. Suma (porcentaje)

- v43. ¿Aparecen datos estadísticos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	68	56	57	52	56	50	34	37	48	33

Tabla 303. Evolución v43 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 304. Suma (porcentaje)

- v44. ¿Todas las medidas descritas en el caso clínico tienen correspondencia en el resumen?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	68	56	57	52	56	50	34	37	48	33

Tabla 305. Evolución v44 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 306. Suma (porcentaje)

CONCLUSIONES

Visión de conjunto

	v46	v47	v48	v49	v50	v51
0	406	562	575	538	571	571
1	169	13	0	37	4	4

Tabla 307. Frecuencia

	v46	v47	v48	v49	v50	v51
0	70.61	97.74	100.00	93.57	99.30	99.30
1	29.39	2.26	0.00	6.43	0.70	0.70

Tabla 308. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	1	2	3
380	165	28	2

Tabla 309. Suma (frecuencias)

0	1	2	3
66.09	28.70	4.87	0.35

Tabla 310. Suma (porcentaje)

De las 575 *Actas Urológicas Españolas* que se han analizado: 380 tienen 0 ítem positivo, 165 tienen 1 ítems positivos, 28 tienen 2 ítems positivos, 2 tienen 3 ítems positivos.

- v46. ¿Se ofrecen las conclusiones a las que se ha llegado?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	58	45	51	45	44	41	27	31	40	24	0	0
1	16	18	9	16	22	15	18	15	9	24	6	1

Tabla 311. Evolución v46 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
78.38	71.43	85.00	73.77	66.67	73.21	60.00	67.39	81.63	50.00	0.00	0.00
21.62	28.57	15.00	26.23	33.33	26.79	40.00	32.61	18.37	50.00	100.00	100.00

Tabla 312. Suma (porcentaje)

- v47. ¿Las conclusiones fueron consistentes con los resultados?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	74	60	58	59	65	56	43	45	49	47	5	1
1	0	3	2	2	1	0	2	1	0	1	1	0

Tabla 313. Evolución v47 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	95.24	96.67	96.72	98.48	100.00	95.56	97.83	100.00	97.92	83.33	100.00
0.00	4.76	3.33	3.28	1.52	0.00	4.44	2.17	0.00	2.08	16.67	0.00

Tabla 314. Suma (porcentaje)

- v48. ¿Se mencionan las implicaciones del estudio?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	74	63	60	61	66	56	45	46	49	48	6	1

Tabla 315. Evolución v48 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 316. Suma (porcentaje)

- v49. ¿Se menciona su contribución a la literatura?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	70	62	57	56	56	53	42	45	46	44	6	1
1	4	1	3	5	10	3	3	1	3	4	0	0

Tabla 317. Evolución v49 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
94.59	98.41	95.00	91.80	84.85	94.64	93.33	97.83	93.88	91.67	100.00	100.00
5.41	1.59	5.00	8.20	15.15	5.36	6.67	2.17	6.12	8.33	0.00	0.00

Tabla 318. Suma (porcentaje)

- v50. ¿Se dan recomendaciones para estudios posteriores?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	74	63	59	61	65	56	45	46	49	47	5	1
1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0

Tabla 319. Evolución v50 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	98.33	100.00	98.48	100.00	100.00	100.00	100.00	97.92	83.33	100.00
0.00	0.00	1.67	0.00	1.52	0.00	0.00	0.00	0.00	2.08	16.67	0.00

Tabla 320. Suma (porcentaje)

- v51. ¿Resume anteriores secciones del resumen?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	74	63	60	61	66	56	45	46	49	48	3	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1

Tabla 321. Evolución v51 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	50.00	0.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	50.00	100.00

Tabla 322. Suma (porcentaje)

Actas Urológicas Españolas en resumen estructurado

	v46	v47	v48	v49	v50	v51
0	5	73	84	79	80	80
1	79	11	0	5	4	4

Tabla 323. Frecuencia

	v46	v47	v48	v49	v50	v51
0	5.95	86.90	100.00	94.05	95.24	95.24
1	94.05	13.10	0.00	5.95	4.76	4.76

Tabla 324. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	1	2	3
5	57	20	2

Tabla 325. Suma

0	1	2	3
5.95	67.86	23.81	2.38

Tabla 326. Suma (porcentaje)

De las 84 *Actas Urológicas Españolas* con estructura que se han analizado: 5 tienen 0 ítem positivo, 57 tienen 1 ítem positivo, 20 tienen 2 ítems positivos, 2 tienen 3 ítems positivos.

- v46. ¿Se ofrecen las conclusiones a las que se ha llegado?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	0	1	0	2	1	0	0	0	0	1	0	0
1	6	6	3	7	9	6	11	9	1	14	6	1

Tabla 327. Evolución v46 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0.00	14.29	0.00	22.22	10.00	0.00	0.00	0.00	0.00	6.67	0.00	0.00
100.00	85.71	100.00	77.78	90.00	100.00	100.00	100.00	100.00	93.33	100.00	100.00

Tabla 328. Suma (porcentaje)

- v47. ¿Las conclusiones fueron consistentes con los resultados?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	6	5	1	7	9	6	9	8	1	15	5	1
1	0	2	2	2	1	0	2	1	0	0	1	0

Tabla 329. Evolución v47 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	71.43	33.33	77.78	90.00	100.00	81.82	88.89	100.00	100.00	83.33	100.00
0.00	28.57	66.67	22.22	10.00	0.00	18.18	11.11	0.00	0.00	16.67	0.00

Tabla 330. Suma (porcentaje)

- v48. ¿Se mencionan las implicaciones del estudio?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	6	7	3	9	10	6	11	9	1	15	6	1

Tabla 331. Evolución v48 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 332. Suma (porcentaje)

- v49. ¿Se menciona su contribución a la literatura?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	6	7	3	9	7	6	11	9	1	13	6	1
1	0	0	0	0	3	0	0	0	0	2	0	0

Tabla 333. Evolución v49 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	70.00	100.00	100.00	100.00	100.00	86.67	100.00	100.00
0.00	0.00	0.00	0.00	30.00	0.00	0.00	0.00	0.00	13.33	0.00	0.00

Tabla 334. Suma (porcentaje)

- v50. ¿Se dan recomendaciones para estudios posteriores?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	6	7	2	9	9	6	11	9	1	14	5	1
1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0

Tabla 335. Evolución v50 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	66.67	100.00	90.00	100.00	100.00	100.00	100.00	93.33	83.33	100.00
0.00	0.00	33.33	0.00	10.00	0.00	0.00	0.00	0.00	6.67	16.67	0.00

Tabla 336. Suma (porcentaje)

- v51. ¿Resume anteriores secciones del resumen?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	6	7	3	9	10	6	11	9	1	15	3	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1

Tabla 337. Evolución v51 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	50.00	0.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	50.00	100.00

Tabla 338. Suma (porcentaje)

Actas Urológicas Españolas en resumen no estructurado

	v46	v47	v48	v49	v50	v51
0	401	489	491	459	491	491
1	90	2	0	32	0	0

Tabla 339. Frecuencia

	v46	v47	v48	v49	v50	v51
0	81.67	99.59	100.00	93.48	100.00	100.00
1	18.33	0.41	0.00	6.52	0.00	0.00

Tabla 340. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	1	2
375	108	8

Tabla 341. Suma

0	1	2
76.37	22.00	1.63

Tabla 342. Suma (porcentaje)

De las 491 *Actas Urológicas Españolas* sin estructura que se han analizado: 375 tienen 0 ítem positivo, 108 tienen 1 ítems positivos, 8 tienen 2 ítems positivos.

- v46. ¿Se ofrecen las conclusiones a las que se ha llegado?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	58	44	51	43	43	41	27	31	40	23
1	10	12	6	9	13	9	7	6	8	10

Tabla 343. Evolución v46 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
85.29	78.57	89.47	82.69	76.79	82.00	79.41	83.78	83.33	69.70
14.71	21.43	10.53	17.31	23.21	18.00	20.59	16.22	16.67	30.30

Tabla 344. Suma (porcentaje)

- v47. ¿Las conclusiones fueron consistentes con los resultados?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	68	55	57	52	56	50	34	37	48	32
1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1

Tabla 345. Evolución v47 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
100.00	98.21	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	96.97
0.00	1.79	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.03

Tabla 346. Suma (porcentaje)

- v48. ¿Se mencionan las implicaciones del estudio?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	68	56	57	52	56	50	34	37	48	33

Tabla 347. Evolución v48 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 348. Suma (porcentaje)

- v49. ¿Se menciona su contribución a la literatura?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	64	55	54	47	49	47	31	36	45	31
1	4	1	3	5	7	3	3	1	3	2

Tabla 349. Evolución v49 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
94.12	98.21	94.74	90.38	87.50	94.00	91.18	97.30	93.75	93.94
5.88	1.79	5.26	9.62	12.50	6.00	8.82	2.70	6.25	6.06

Tabla 350. Suma (porcentaje)

- v50. ¿Se dan recomendaciones para estudios posteriores?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	68	56	57	52	56	50	34	37	48	33

Tabla 351. Evolución v50 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 352. Suma (porcentaje)

- v51. ¿Resume anteriores secciones del resumen?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	68	56	57	52	56	50	34	37	48	33

Tabla 353. Evolución v51 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 354. Suma (porcentaje)

ORIGINALIDAD/VALOR

Visión de conjunto

	v53	v54
0	570	575
1	5	0

Tabla 355. Frecuencia

	v53	v54
0	99.13	100.00
1	0.87	0.00

Tabla 356. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	1
570	5

Tabla 357. Suma (frecuencias)

0	1
99.13	0.87

Tabla 358. Suma (porcentaje)

De las 575 *Actas Urológicas Españolas* que se han analizado: 570 tienen 0 ítem positivo, 5 tienen 1 ítems positivos.

- v53. ¿Se especifica explícitamente la originalidad del caso?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	74	63	60	61	66	56	45	46	48	44	6	1
1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0

Tabla 359. Evolución v53 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	97.96	91.67	100.00	100.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.04	8.33	0.00	0.00

Tabla 360. Suma (porcentaje)

- v54. ¿Se describe explícitamente el valor biomédicos del caso clínico?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	74	63	60	61	66	56	45	46	49	48	6	1

Tabla 361. Evolución v54 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 362. Suma (porcentaje)

Actas Urológicas Españolas en resumen estructurado

	v53	v54
0	82	84
1	2	0

Tabla 363. Frecuencia

	v53	v54
0	97.62	100.00
1	2.38	0.00

Tabla 364. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	1
82	2

Tabla 365. Suma

0	1
97.62	2.38

Tabla 366. Suma (porcentaje)

De las 84 *Actas Urológicas Españolas* con estructura que se han analizado: 82 tienen 0 ítem positivo, 2 tienen 1 ítems positivos.

- v53. ¿Se especifica explícitamente la originalidad del caso?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	6	7	3	9	10	6	11	9	1	13	6	1
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0

Tabla 367. Evolución v53 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	86.67	100.00	100.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	13.33	0.00	0.00

Tabla 368. Suma (porcentaje)

- v54. ¿Se describe explícitamente el valor biomédicos del caso clínico?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
0	6	7	3	9	10	6	11	9	1	15	6	1

Tabla 369. Evolución v54 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 370. Suma (porcentaje)

Actas Urológicas Españolas en resumen no estructurado

	v53	v54
0	488	491
1	3	0

Tabla 371. Frecuencia

	v53	v54
0	99.39	100.00
1	0.61	0.00

Tabla 372. Porcentaje

- Suma de los ítems del bloque

0	1
488	3

Tabla 373. Suma

0	1
99.39	0.61

Tabla 374. Suma (porcentaje)

De las 491 *Actas Urológicas Españolas* sin estructura que se han analizado: 488 tienen 0 ítem positivo, 3 tienen 1 ítems positivos.

- v53. ¿Se especifica explícitamente la originalidad del caso?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	68	56	57	52	56	50	34	37	47	31
1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2

Tabla 375. Evolución v53 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	97.92	93.94
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.08	6.06

Tabla 376. Suma (porcentaje)

- v54. ¿Se describe explícitamente el valor biomédicos del caso clínico?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	68	56	57	52	56	50	34	37	48	33

Tabla 377. Evolución v54 a lo largo de los años

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabla 378. Suma (porcentaje)

Anexo IV. Evolución a lo largo del tiempo

Aspectos generales

v01. El resumen responde a la estructura del metamodelo de resumen de caso clínico: introducción, presentación del caso, resultados/discusión, conclusiones y originalidad/valor

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00											
2003	1.00											
2004	1.00											
2005	1.00											
2006	1.00											
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00							1.00				
2009	0.56							1.00				
2010	0.50							1.00				
2011	0.36							1.00				
2012	0.36							1.00				

Tabla 1. *Acta Cardiologica* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00											
2003	1.00											
2004	1.00											
2005	1.00											
2006	1.00											
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00							1.00				
2009	0.61							1.00				
2010	0.54							1.00				
2011	0.38							1.00				
2012	0.36							1.00				

Tabla 2. *Acta Cardiologica* en resumen no estructurado.

v02. ¿Guarda relación la estructura del resumen con la del caso clínico?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001	1.00										
2002	1.00	1.00									
2003	1.00	1.00	1.00								
2004	1.00	1.00	1.00	1.00							
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2009	1.00	0.22	1.00	1.00	1.00	0.50	1.00	1.00	0.55		
2011	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.07	
2012	1.00	0.27	0.90	1.00	1.00	0.46	1.00	1.00	0.43	1.00	

Tabla 3. *Actas Urológicas Españolas* sin diferenciar estructura de resumen.

v03. ¿Se encuentra el resumen localizado entre el título del caso clínico y el texto del documento original?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	0.00	0.00	0.00									
2004	0.00	0.00	0.00	1.00								
2005	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00							
2006	0.00	0.00	0.00	1.00	0.90	1.00						
2007	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	0.00	0.00	0.00	0.03	0.17	0.00	0.00	0.03	0.00	0.00	0.14	
2012	0.00	0.00	0.00	0.01	0.08	0.00	0.00	0.02	0.00	0.00	0.06	1.00

Tabla 4. Sin diferenciar entre tipos o revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002												
2003	0.01	0.00	0.02									
2004	0.00	0.00	0.01									
2005	0.05	0.02	0.13									
2006	0.03	0.01	0.11	1.00	1.00	1.00						
2007	0.00	0.00	0.00				1.00					
2008	1.00	0.41	1.00				1.00					
2009	0.01	0.00	0.05	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	0.67	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.85	1.00	1.00		
2011	0.01	0.00	0.03				1.00			1.00	1.00	
2012	0.24	0.09	0.72				1.00			1.00	1.00	

Tabla 5. Resumen estructurado sin diferenciar entre revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	0.00	0.00	0.00									
2004	0.00	0.00	0.00	1.00								
2005	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00							
2006	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00						
2007	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	0.00	0.00	0.00	0.03	0.16	0.00	0.00	0.02	0.00	0.00	0.39	
2012	0.00	0.00	0.00	0.01	0.05	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.11	1.00

Tabla 6. Resumen no estructurado sin diferenciar entre revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002												
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007				1.00	1.00	1.00	1.00					
2008				1.00	1.00	1.00	1.00					
2009				1.00	1.00	1.00	1.00					
2010	0.01	0.00	0.00	0.00	0.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00		
2011	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	
2012	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.03	1.00

Tabla 7. *Acta Clinica Belgica* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002												
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006				1.00	1.00	1.00						
2007				1.00	1.00	1.00						
2008				1.00	1.00	1.00						
2009				1.00	1.00	1.00						
2010	0.01	0.00	0.00	0.00	0.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00		
2011	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	
2012	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.04	1.00

Tabla 8. *Acta Clinica Belgica* en resumen no estructurado.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001											
2002											
2003	0.00	0.00	0.00								
2004	0.00	0.00	0.00	1.00							
2005	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00						
2006	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00					
2007	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00		1.00				
2008	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00		1.00				
2009	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00		1.00				
2011	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00		1.00				
2012	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00		1.00				

Tabla 9. *Actas Urológicas Españolas* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001											
2002											
2003	0.01	0.00	0.03								
2004	0.00	0.00	0.02								
2005	0.03	0.02	0.12								
2006	0.01	0.01	0.07	1.00	1.00	1.00					
2007	0.01	0.00	0.03				1.00				
2008	0.49	0.33	1.00				1.00				
2009	0.00	0.00	0.00				1.00				
2011	0.03	0.02	0.12				1.00				
2012	0.49	0.33	1.00				1.00				

Tabla 10. *Actas Urológicas Españolas* en resumen estructurado.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
2001									
2002									
2003	0.00	0.00	0.00						
2004	0.00	0.00	0.00	1.00					
2005	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00				
2006	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00			
2007	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00		1.00		
2008	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00		1.00		
2009	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00		1.00		

Tabla 11. *Actas Urológicas Españolas* en resumen no estructurado.

v04. ¿Está compuesto de un solo párrafo?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	0.41	0.43	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	0.44	0.46	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.12	0.00	1.00	0.54

Tabla 12. Sin diferenciar entre tipos o revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	0.92	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	0.41	0.77	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	0.04	0.10	0.46	1.00	1.00	0.85	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.23	0.10	0.02	0.08	0.85	1.00

Tabla 13. Resumen no estructurado sin diferenciar entre revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	0.86	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.43	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	0.79	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.18	1.00	0.94	1.00	1.00

Tabla 14. *Acta Cardiologica* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	0.46	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	0.83	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	0.59	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	0.79	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 15. *Acta Cardiologica* en resumen no estructurado.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	0.35	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	0.04	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.18	1.00

Tabla 16. *Acta Clinica Belgica* sin diferenciar estructura.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	0.62	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	0.48	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	0.81	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	0.01	1.00	1.00	1.00	0.25	1.00	1.00	0.19	1.00	0.08	1.00

Tabla 17. *Acta Clinica Belgica* en resumen no estructurado.

v05. ¿Está estructurado en varios párrafos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	0.41	0.43	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	0.44	0.46	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.12	0.00	1.00	0.54

Tabla 18. Sin diferenciar entre tipos o revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	0.92	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	0.41	0.77	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	0.04	0.10	0.46	1.00	1.00	0.85	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.23	0.10	0.02	0.08	0.85	1.00

Tabla 19. Resumen no estructurado sin diferenciar entre revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	0.86	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.43	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	0.79	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.18	1.00	0.94	1.00	1.00

Tabla 20. *Acta Cardiologica* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	0.46	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	0.83	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	0.59	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	0.79	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 21. *Acta Cardiologica* en resumen no estructurado.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	0.35	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	0.04	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.18	1.00

Tabla 22. *Acta Clinica Belgica* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	0.62	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	0.48	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	0.81	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	0.01	1.00	1.00	1.00	0.25	1.00	1.00	0.19	1.00	0.08	1.00

Tabla 23. *Acta Clinica Belgica* en resumen no estructurado.

v06. ¿Aparece la estructura explícita?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	0.49	1.00									
2004	1.00	0.36	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	0.04	0.89	1.00	1.00	1.00						
2007	0.89	0.01	0.35	1.00	1.00	0.89	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	0.64	0.49	1.00	0.07	0.02				
2009	0.64	0.01	0.23	1.00	1.00	0.64	1.00	1.00	0.01			
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.79	1.00	0.64		
2011	1.00	0.48	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.64	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.75	0.29	1.00	0.21	1.00	1.00

Tabla 24. Sin diferenciar entre tipos o revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	0.01											
2002		0.03										
2003		0.00										
2004		0.00										
2005		0.01										
2006		0.00										
2007		0.00										
2008		0.11										
2009		0.00										
2010		0.04										
2011		0.00										
2012		0.04										

Tabla 25. Resumen estructurado sin diferenciar entre revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002												
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005				1.00	1.00							
2006				1.00	1.00							
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008				1.00	1.00			1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.81	1.00			
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.65	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.37	1.00	1.00	1.00	
2012				1.00	1.00			0.07		1.00	1.00	1.00

Tabla 26. *Acta Cardiologica* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001	0.74										
2002	1.00	1.00									
2003	1.00	0.07	1.00								
2004	1.00	0.06	1.00	1.00							
2005	1.00	0.32	1.00	1.00	1.00						
2006	0.52	0.00	0.17	1.00	1.00	1.00					
2007	1.00	0.01	0.70	1.00	1.00	1.00	1.00				
2008	1.00	1.00	1.00	0.74	0.68	1.00	0.06	0.24			
2009	0.05	0.00	0.01	1.00	1.00	0.37	1.00	1.00	0.01		
2011	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	0.06	
2012	0.09	0.00	0.01	0.81	0.83	0.34	1.00	1.00	0.00	1.00	

Tabla 27. *Actas Urológicas Españolas* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001	0.00										
2002		0.01									
2003		0.00									
2004		0.00									
2005		0.00									
2006		0.00									
2007		0.00									
2008		0.05									
2009		0.00									
2011		0.00									
2012		0.05									

Tabla 28. *Actas Urológicas Españolas* en resumen estructurado.

v07 (v01 +v02 +v03 +v04 +v05 +v06)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	0.00	0.00	0.00									
2004	0.00	0.00	0.00	1.00								
2005	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00							
2006	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00						
2007	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	0.00	0.00	0.00	0.66	0.08	1.00	1.00	0.34				
2009	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.20			
2010	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.71	1.00		
2011	0.00	0.00	0.00	0.12	0.97	0.02	0.08	1.00	0.00	1.00	0.29	
2012	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	0.89	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 29. Sin diferenciar entre tipos o revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	0.54											
2002	1.00	1.00										
2003	0.47	0.03	0.97									
2004	0.31	0.02	0.73	1.00								
2005	1.00	0.21	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	0.03	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	0.23	0.01	0.61	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	0.65	0.01	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	0.02	0.01	0.06	1.00	1.00	1.00	0.66	1.00		1.00	0.85	
2012	0.81	0.73	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		1.00	1.00	

Tabla 30. Resumen estructurado sin diferenciar entre revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	0.00	0.00	0.00									
2004	0.00	0.00	0.00	1.00								
2005	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00							
2006	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00						
2007	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	0.00	0.00	0.00	0.02	0.27	0.03	0.00	0.02	0.00	0.02	1.00	
2012	0.00	0.00	0.00	0.15	1.00	0.21	0.01	0.09	0.00	0.16	1.00	1.00

Tabla 31. Resumen no estructurado sin diferenciar entre revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	0.58	0.88	0.21	1.00	0.02	1.00	0.00	0.00	0.19		
2011	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	
2012	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.85	1.00

Tala 32. *Acta Clinica Belgica* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	0.13	0.34	0.38	1.00	0.05	0.27	0.00	0.01	0.01		
2011	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
2012	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.23	0.47

Tabla 33. *Acta Clinica Belgica* en resumen no estructurado.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001	1.00										
2002	1.00	1.00									
2003	0.00	0.00	0.00								
2004	0.00	0.00	0.00	1.00							
2005	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00						
2006	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00					
2007	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2008	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.61			
2009	0.00	0.00	0.00	0.95	0.94	0.15	1.00	1.00	0.02		
2011	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02	
2012	0.30	0.06	0.28	1.00	1.00	0.47	1.00	1.00	0.12	1.00	

Tabla 34. *Actas Urológicas Españolas* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001	0.16										
2002	1.00	1.00									
2003	0.59	0.04	1.00								
2004	0.39	0.02	1.00	1.00							
2005	1.00	0.13	1.00	1.00	1.00						
2006	1.00	0.03	1.00	1.00	1.00	1.00					
2007	1.00	0.04	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2009	0.13	0.00	0.65	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	0.10	0.08	0.45	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		1.00	

Tabla 35. *Actas Urológicas Españolas* en resumen estructurado.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
2001	1.00								
2002	1.00	1.00							
2003	0.00	0.00	0.00						
2004	0.00	0.00	0.00	1.00					
2005	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00				
2006	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00			
2007	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2008	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2009	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 36. *Actas Urológicas Españolas* en resumen no estructurado.

Objetivos/Tema

v08. ¿Se incluyen antecedentes sobre el tema (objetivo) desarrollado en el caso expuesto?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	0.03	1.00	0.06									
2004	1.00	1.00	1.00	0.94								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	0.38	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	0.22	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	0.27	1.00	0.52	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	0.98	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 37. *Acta Cardiologica* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	0.02	0.97	0.03									
2004	1.00	1.00	1.00	0.77								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	0.21	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	0.19	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	0.21	1.00	0.40	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	0.74	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	0.96	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 38. *Acta Cardiologica* en resumen no estructurado.

v09. ¿Se distingue el objetivo principal del trabajo de o de los secundarios si los hay?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	0.07	1.00	1.00	0.39	0.45	0.11					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	0.29	1.00	1.00	1.00	1.00	0.39	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 39. Sin diferenciar entre tipos o revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	0.47	0.03	1.00	0.27	0.07	0.06	0.08					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.80				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	0.35	1.00	1.00	0.77	0.70	0.64	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 40. Resumen no estructurado sin diferenciar entre revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002												
2003												
2004												
2005												
2006												
2007	1.00	0.76	0.76	0.43	0.43	0.48	0.43					
2008	1.00	1.00	1.00	0.66	0.66	0.74	0.66	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.65	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.06	0.22	1.00	1.00	1.00

Tabla 41. *Acta Cardiologica* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002												
2003												
2004												
2005												
2006												
2007	0.39	0.26	0.26	0.14	0.14	0.14	0.11					
2008	1.00	1.00	1.00	0.69	0.69	0.69	0.60	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.37	1.00			
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.27	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.13	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.01	0.20	1.00	1.00	1.00

Tabla 42. *Acta Cardiologica* en resumen no estructurado.

v10. ¿El objetivo aparece explícitamente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	0.56									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	0.99	1.00							
2006	1.00	1.00	0.16	1.00	1.00	0.28						
2007	1.00	1.00	0.08	1.00	1.00	0.14	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	0.80	1.00	1.00	0.24	0.13				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.85	0.53	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	0.99	1.00	1.00	0.32	0.18	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 43. Sin diferenciar entre tipos o revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00											
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00			1.00	1.00							
2006	1.00			1.00	1.00							
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.92	0.79					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.43	1.00			
2010	1.00			1.00	1.00			0.07	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	0.92			1.00	1.00			0.03	0.92	1.00		1.00

Tabla 44. *Acta Cardiologica* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001	1.00										
2002	1.00	1.00									
2003	1.00	1.00	0.95								
2004	1.00	1.00	1.00	1.00							
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2006	0.37	1.00	0.08	1.00	1.00	0.36					
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2008	1.00	1.00	1.00	0.19	1.00	1.00	0.02	0.29			
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.64		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		1.00	

Tabla 45. *Actas Urológicas Españolas* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001	1.00										
2002	1.00	1.00									
2003	1.00	1.00	1.00								
2004	1.00	1.00	1.00	1.00							
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	0.40	0.24	1.00	0.32	1.00	1.00	0.13	0.32		1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		1.00	

Tabla 46. *Actas Urológicas Españolas* en resumen estructurado.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
2001									
2002									
2003	0.78	1.00	1.00						
2004				1.00					
2005				1.00					
2006	0.78	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2007				1.00			1.00		
2008				1.00			1.00		
2009				1.00			1.00		

Tabla 47. *Actas Urológicas Españolas* en resumen no estructurado.

v12. ¿Aparece el problema de salud y su importancia?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	0.68	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00		1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	1.00	1.00	1.00		1.00		1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 48. Sin diferenciar entre tipos o revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001	1.00										
2002	1.00	0.55									
2003	1.00	1.00	1.00								
2004	1.00	0.41		1.00							
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2006	1.00	1.00		1.00		1.00					
2007	1.00	1.00		1.00		1.00					
2008	1.00	0.99		1.00		1.00					
2009	1.00	1.00		1.00		1.00					
2011	1.00	1.00		1.00		1.00					
2012	1.00	1.00		1.00		1.00					

Tabla 49. *Actas Urológicas Españolas* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
2001	1.00								
2002	1.00	1.00							
2003	1.00	1.00	1.00						
2004	1.00	1.00		1.00					
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2006	1.00	1.00		1.00		1.00			
2007	1.00	1.00		1.00		1.00			
2008	1.00	1.00		1.00		1.00			
2009	1.00	1.00		1.00		1.00			

Tabla 50. *Actas Urológicas Españolas* en resumen no estructurado.

v13 (v08 +v09 +v10 +v11 +v12)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	0.88	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	1.00	0.26	1.00	1.00	1.00	0.01	0.70	1.00	0.75		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.34	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 51. Sin diferenciar entre tipos o revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	0.12	1.00	0.38									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	0.22	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	0.09	1.00	0.48	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	0.35	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 52. *Acta Cardiologica* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	0.03	1.00	0.08									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	0.53	1.00	1.00						
2007	0.11	1.00	0.41	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	0.19	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	0.08	1.00	0.37	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	0.94	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	0.34	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 53. *Acta Cardiologica* en resumen no estructurado.

Metodología/Pacientes

v14. ¿Se indica el número de pacientes?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	1.00	0.39	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	0.29	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 54. Sin diferenciar entre tipos o revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	0.85	0.33	0.18	0.28	1.00	1.00	1.00	0.85	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	0.61	0.89	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 55. Resumen no estructurado sin diferenciar entre revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001	1.00										
2002	1.00	1.00									
2003	1.00	1.00	1.00								
2004	1.00	1.00	1.00	1.00							
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2008	1.00	1.00	0.91	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2009	0.13	0.60	0.07	0.15	1.00	0.14	1.00	0.66	1.00		
2011	1.00	1.00	0.99	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	

Tabla 56. *Actas Urológicas Españolas* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
2001	1.00								
2002	1.00	1.00							
2003	1.00	1.00	1.00						
2004	1.00	1.00	1.00	1.00					
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2008	0.65	1.00	0.38	0.18	1.00	0.81	1.00	1.00	
2009	0.17	0.31	0.10	0.05	1.00	0.22	1.00	0.66	1.00

Tabla 57. *Actas Urológicas Españolas* en resumen no estructurado.

v15. ¿Se describen las características, el contexto y los aspectos primarios del paciente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	0.12	1.00	1.00	0.53	1.00					
2008	1.00	1.00	0.48	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	0.30	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	0.27	0.35	0.01	0.19	1.00	0.03	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	0.05	0.06	0.00	0.03	0.28	0.00	0.71	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.05	0.43	0.85	0.07	1.00	1.00

Tabla 58. *Acta Cardiológica* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	0.21	1.00	1.00	0.87	1.00					
2008	1.00	1.00	0.49	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	0.25	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	0.34	0.45	0.01	0.12	1.00	0.04	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	0.03	0.04	0.00	0.01	0.31	0.00	0.49	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	0.00	0.00	0.00	0.00	0.03	0.00	0.05	0.52	0.87	0.12	1.00	1.00

Tabla 59. *Acta Cardiológica* en resumen no estructurado.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001	1.00										
2002	1.00	1.00									
2003	1.00	1.00	1.00								
2004	1.00	1.00	1.00	1.00							
2005	1.00	1.00	1.00	0.05	1.00						
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.11	1.00	1.00			
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	0.71	1.00	0.47	0.00	0.33	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 60. *Actas Urológicas Españolas* sin diferenciar estructura de resumen.

v16. ¿Se da información del sexo del paciente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	0.06	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	0.36	0.00	0.13	0.63	1.00	1.00	1.00	0.76				
2009	1.00	0.02	0.52	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	0.11	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	0.10	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	0.54	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 61. Sin diferenciar entre tipos o revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	0.16	1.00	1.00								
2005	1.00	0.86	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	0.41	0.00	0.16	0.20	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	0.08	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	0.03	0.99	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	0.08	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	0.28	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 62. Resumen no estructurado sin diferenciar entre revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001	1.00										
2002	1.00	1.00									
2003	1.00	1.00	1.00								
2004	0.67	1.00	1.00	1.00							
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2008	0.03	0.10	0.21	0.68	1.00	1.00	1.00	1.00			
2009	0.00	0.00	0.01	0.05	1.00	0.13	1.00	0.35	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 63. *Actas Urológicas Españolas* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
2001	1.00								
2002	1.00	1.00							
2003	1.00	1.00	1.00						
2004	1.00	1.00	1.00	1.00					
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2008	0.02	0.03	0.13	0.09	1.00	0.78	1.00	1.00	
2009	0.01	0.01	0.03	0.02	0.93	0.20	1.00	0.36	1.00

Tabla 64. *Actas Urológicas Españolas* en resumen no estructurado.

v17. ¿Se da información de la edad del paciente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	0.05	0.05	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	0.87	0.87	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	0.12	0.12	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	0.12	0.12	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.35	1.00	1.00		
2011	1.00	0.03	0.03	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	0.08	0.08	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 65. Sin diferenciar entre tipos o revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	0.25	0.37	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	0.13	0.18	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	0.00	0.00	0.55	1.00	1.00	1.00	0.20	1.00	1.00		
2011	1.00	0.04	0.06	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	0.09	0.14	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 66. Resumen no estructurado sin diferenciar entre revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	0.32											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	0.14	1.00									
2004	1.00	0.71	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	0.03	0.44	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	0.15	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	0.39	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 67. *Acta Cardiologica* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	0.32											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	0.08	0.88									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	0.02	0.32	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	0.19	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	0.38	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 68. *Acta Cardiologica* en resumen no estructurado.

v18. ¿Se ofrecen características demográficas comunes o contexto?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	0.66	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	0.61	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 69. Resumen no estructurado sin diferenciar entre revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00		1.00								
2005	1.00	1.00		1.00								
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	0.33	1.00		1.00			1.00	0.77	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	0.19	1.00		1.00			1.00	0.49	1.00	1.00		1.00

Tabla 70. *Acta Cardiologica* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00		1.00								
2005	1.00	1.00		1.00								
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00		1.00			1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	0.35	1.00		1.00			1.00		1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	0.17	1.00		1.00			1.00		1.00	1.00		1.00

Tabla 71. *Acta Cardiologica* en resumen no estructurado.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00								
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00			1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00			1.00		1.00			
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	0.42	1.00	1.00	1.00			1.00		0.50		1.00	
2012	0.42	1.00	1.00	1.00			1.00		0.50		1.00	

Tabla 72. *Acta Clinica Belgica* en resumen no estructurado.

v19 (v14 +v15 +v16 +v17 +v18)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	0.56	0.91	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	0.14	0.24	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	0.31	0.50	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	0.11	0.17	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	0.32	0.51	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 73. Sin diferenciar entre tipos o revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	0.12	0.23	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	0.06	0.12	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	0.62	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 74. Resumen no estructurado sin diferenciar entre revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001	1.00										
2002	1.00	1.00									
2003	1.00	1.00	1.00								
2004	1.00	1.00	1.00	1.00							
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2008	1.00	0.74	0.19	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2009	0.24	0.15	0.03	1.00	1.00	0.28	1.00	0.73	1.00		
2011	1.00	1.00	0.86	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 75. *Actas Urológicas Españolas* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
2001	1.00								
2002	1.00	1.00							
2003	1.00	1.00	1.00						
2004	1.00	1.00	1.00	1.00					
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2008	0.64	0.40	0.14	0.82	1.00	0.45	1.00	1.00	
2009	0.70	0.57	0.25	0.95	1.00	0.70	1.00	1.00	1.00

Tabla 76. *Actas Urológicas Españolas* en resumen no estructurado.

Metodología/Intervención

v21. ¿Se especifica el diseño del estudio?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002		1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004		1.00		1.00								
2005		1.00		1.00								
2006		1.00		1.00								
2007	0.42	1.00	0.52	1.00	0.39	0.42	0.61					
2008		1.00		1.00				0.62				
2009		1.00		1.00				0.33				
2010		1.00		1.00				1.00				
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012		1.00		1.00				0.70				1.00

Tabla 77. Sin diferenciar entre tipos o revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002												
2003	1.00	1.00	1.00									
2004				1.00								
2005				1.00								
2006				1.00								
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008				1.00				1.00				
2009				1.00				0.34				
2010				1.00				1.00				
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012				1.00				1.00				1.00

Tabla 78. Resumen estructurado son diferenciar entre revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002												
2003	1.00	1.00	1.00									
2004				1.00								
2005				1.00								
2006				1.00								
2007	1.00	0.97	0.97	1.00	0.69	0.70	0.69					
2008				1.00				1.00				
2009				1.00				0.14				
2010				1.00				0.11				
2011				1.00				0.07				
2012				1.00				0.07				

Tabla 79. *Acta Cardiologica* sin diferenciar estructura de resumen.

v22. ¿Se ofrece la duración del estudio?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001	1.00										
2002	1.00	1.00									
2003	1.00	1.00	1.00								
2004	1.00	1.00	1.00	1.00							
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	0.01	0.01	0.00	0.16	0.01	0.09	0.09	0.00	0.01	0.96	1.00

Tabla 80. *Actas Urológicas Españolas* sin diferenciar estructura de resumen.

v24. ¿Se da una buena descripción de los métodos usados para los cuidados del paciente?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	0.50	1.00	0.12	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.70			
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.38	1.00		
2011	0.16	1.00	0.65	1.00	1.00	1.00	1.00	0.24	0.01	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.43	1.00	1.00	1.00

Tabla 81. Sin diferenciar entre tipos o revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.60	1.00					
2008	1.00	0.90	1.00	1.00	1.00	0.09	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.33	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.73	0.10	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.73	1.00	1.00	1.00

Tabla 82. Resumen no estructurado son diferenciar entre revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.11						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.24	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.48		1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.11	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.71	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 83. *Acta Cardiologica* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.11						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.27	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.48		1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.13	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.82	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.71	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 84. *Acta Cardiologica* en resumen no estructurado.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001	1.00										
2002	1.00	1.00									
2003	1.00	1.00	1.00								
2004	1.00	1.00	1.00	1.00							
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2008		1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2009	0.22	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.95		
2011	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.03	
2012	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.07	0.00	0.00	0.40	1.00

Tabla 85. *Actas Urológicas Españolas* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001											
2002	1.00	1.00									
2003	1.00	1.00	1.00								
2004			1.00	1.00							
2005			1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2008			1.00	1.00			1.00	1.00			
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	0.87	1.00	1.00	0.27	1.00	0.99	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	0.25	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 86. *Actas Urológicas Españolas* en resumen estructurado.

v27. ¿Se explican los criterios de valoración de las pruebas diagnósticas?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	0.91	1.00	0.47	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.36						
2007	1.00	1.00	1.00	0.57	1.00	0.09	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	1.00	1.00	0.13	1.00	0.03	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	0.18	1.00	0.03	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	0.10	1.00	0.02	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 87. Sin diferenciar entre tipos o revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	0.57	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	0.97	1.00	0.38						
2007	1.00	1.00	1.00	0.11	1.00	0.04	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	1.00	1.00	0.32	1.00	0.13	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	0.71	1.00	0.27	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	0.27	1.00	0.09	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 88. Resumen no estructurado sin diferenciar entre revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00		1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00		0.32	1.00	1.00						
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	0.97	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	0.60		0.14	1.00	1.00			1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	0.43	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 89. *Acta Cardiologica* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00		1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00		0.66	1.00	1.00						
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	0.75		0.15	1.00	1.00			1.00			
2010	1.00	0.62		0.12	1.00	1.00			1.00			
2011	1.00	1.00	1.00	0.35	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 90. *Acta Cardiologica* en resumen no estructurado.

v28. ¿Se usan descriptores técnicos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002	1.00	0.66										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005			1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	0.63	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008			1.00	1.00	1.00		1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	0.47	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 91. Resumen estructurado sin diferenciar entre revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	0.03											
2002	1.00	1.00										
2003	0.29	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	0.05	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	0.36	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.51	1.00	1.00				
2009	0.01	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	0.00	1.00	1.00	1.00	0.74	0.17	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	0.04	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 92. *Acta Cardiológica* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	0.03											
2002	1.00	1.00										
2003	0.42	1.00	1.00									
2004	0.90	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	0.05	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	0.01	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.51	1.00	1.00				
2009	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.21	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	0.04	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 93. *Acta Cardiológica* en resumen no estructurado.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001	1.00										
2002	1.00	1.00									
2003	1.00	1.00	1.00								
2004	1.00	1.00	1.00	1.00							
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2008	0.20	1.00	1.00	0.58	1.00	1.00	1.00	1.00			
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	0.07	1.00	1.00	0.23	1.00	1.00	0.97	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 94. *Actas Urológicas Españolas* sin diferenciar estructura.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001											
2002	1.00	1.00									
2003	1.00	1.00	1.00								
2004	1.00	1.00	1.00	1.00							
2005			1.00	1.00	1.00						
2006			0.26	1.00	1.00						
2007			0.55	1.00	1.00						
2008			1.00	1.00	1.00						
2009			0.06	1.00	1.00						
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.93	
2012			1.00	1.00	1.00						1.00

Tabla 95. *Actas Urológicas Españolas* en resumen estructurado.

v29. ¿Se dan nombres comunes o sinónimos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	0.63											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	0.80	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	0.74	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	0.36	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	0.09	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	0.03	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	0.27	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 96. *Acta Cardiológica* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	0.62											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	0.80	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	0.40	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	0.16	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	0.11	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	0.04	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	0.27	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 97. *Acta Cardiológica* en resumen no estructurado.

v30 (v20 +v21 +v22 +v23 +v24 +v25 +v26 +v27 +v28 +v29)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001	1.00										
2002	1.00	1.00									
2003	1.00	1.00	1.00								
2004	1.00	1.00	1.00	1.00							
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2009	0.17	1.00	0.41	0.24	0.64	1.00	1.00	0.37	1.00		
2011	0.06	0.09	0.09	0.08	0.08	0.49	0.24	0.09	0.13	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 98. Actas Urológicas Españolas sin diferenciar estructura de resumen.

Metodología/Medidas de variables

v31. ¿Se da información sobre las medidas?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004			1.00	1.00								
2005			1.00	1.00								
2006			1.00	1.00								
2007	0.64	0.81	1.00	1.00	0.58	0.64	0.96					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009			1.00	1.00				0.49	1.00			
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 99. Sin diferenciar entre tipos o revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002												
2003												
2004												
2005												
2006												
2007	1.00	0.93	1.00	0.63	0.52	1.00	0.36					
2008								1.00				
2009								0.10				
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.93	1.00	1.00	0.36		
2011								0.77			1.00	
2012								1.00			1.00	

Tabla 100. Resumen estructurado sin diferenciar entre revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004			1.00	1.00								
2005			1.00	1.00								
2006			1.00	1.00								
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009			1.00	0.79				0.27	1.00			
2010			1.00	0.68				0.22	1.00			
2011			1.00	0.47				0.13	1.00			
2012			1.00	0.47				0.13	1.00			

Tabla 101. *Acta Cardiologica* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004			1.00	1.00								
2005			1.00	1.00								
2006			1.00	1.00								
2007			1.00	1.00								
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009			1.00	0.63					1.00			
2010			1.00	0.55					1.00			
2011			1.00	0.36					1.00			
2012			1.00	0.34					1.00			

Tabla 102. *Acta Cardiologica* en resumen no estructurado.

v32. ¿Se identifican las variables de forma explícita?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004			1.00	1.00								
2005			1.00	1.00								
2006			1.00	1.00								
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008			1.00	1.00				1.00				
2009			1.00	1.00				0.88				
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 103. Sin diferenciar entre tipos o revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002												
2003												
2004												
2005												
2006												
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	0.96	1.00	0.67					
2008								1.00				
2009								0.24				
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.38		
2011								1.00			1.00	
2012								1.00			1.00	

Tabla 104. Resumen estructurado sin diferenciar entre revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004			1.00	1.00								
2005			1.00	1.00								
2006			1.00	1.00								
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008			1.00	1.00				1.00				
2009			1.00	0.59				0.41				
2010			1.00	0.51				0.37				
2011			1.00	0.37				0.24				
2012			1.00	0.37				0.24				

Tabla 105. *Acta Cardiologica* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004			1.00	1.00								
2005			1.00	1.00								
2006			1.00	1.00								
2007			1.00	1.00								
2008			1.00	1.00								
2009			1.00	0.42								
2010			1.00	0.37								
2011			1.00	0.25								
2012			1.00	0.24								

Tabla 106. *Acta Cardiologica* en resumen no estructurado.

33. ¿Se ofrece la fuente de los datos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002												
2003												
2004												
2005												
2006												
2007												
2008												
2009												
2010	1.00	0.92	1.00	0.80	0.74	1.00	0.55	0.33	1.00	0.21		
2011											0.87	
2012											1.00	

Tabla 107. Resumen estructurado sin diferenciar entre revistas.

v34 (v31 +v32 +v33)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004			1.00	1.00								
2005			1.00	1.00								
2006			1.00	1.00								
2007	0.64	0.81	1.00	1.00	0.58	0.64	0.96					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009			1.00	1.00				0.49	1.00			
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 108. Sin diferenciar entre tipos o revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002												
2003												
2004												
2005												
2006												
2007	1.00	0.93	1.00	0.65	0.53	1.00	0.36					
2008								1.00				
2009								0.10				
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.93	1.00	1.00	0.36		
2011								0.79			1.00	
2012								1.00			1.00	

Tabla 109. Resumen estructurado sin diferenciar entre revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004			1.00	1.00								
2005			1.00	1.00								
2006			1.00	1.00								
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009			1.00	0.79				0.27	1.00			
2010			1.00	0.68				0.22	1.00			
2011			1.00	0.47				0.13	1.00			
2012			1.00	0.47				0.13	1.00			

Tabla 110. *Acta Cardiologica* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004			1.00	1.00								
2005			1.00	1.00								
2006			1.00	1.00								
2007			1.00	1.00								
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009			1.00	0.63					1.00			
2010			1.00	0.55					1.00			
2011			1.00	0.36					1.00			
2012			1.00	0.34					1.00			

Tabla 111. *Acta Cardiologica* en resumen no estructurado.

Resultados

v35. ¿Se proporciona información sobre los resultados obtenidos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	0.21	1.00	0.17	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	0.57	1.00	1.00	1.00	0.06	1.00			
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 112. Resumen no estructurado sin diferenciar entre revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	0.06	0.71	0.71	0.35	0.11	0.71	1.00	1.00	1.00	0.07	1.00	1.00

Tabla 113. *Acta Cardiologica* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	0.12	0.84	0.84	0.86	0.39	0.86	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.27	1.00			
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	0.06	0.69	0.69	0.69	0.23	0.69	1.00	1.00	1.00	0.12	1.00	1.00

Tabla 114. *Acta Cardiologica* en resumen no estructurado.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001	1.00										
2002	1.00	1.00									
2003	1.00	1.00	1.00								
2004	1.00	1.00	1.00	1.00							
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.76				
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.99	1.00			
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	0.64	0.22	0.77	0.01	0.11	0.03	1.00	0.01	0.01	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 115. *Actas Urológicas Españolas* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
2001	1.00								
2002	1.00	1.00							
2003	0.37	1.00	0.64						
2004	1.00	1.00	1.00	1.00					
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2006	1.00	1.00	1.00	0.37	1.00	1.00			
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2009	1.00	1.00	1.00	0.31	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 116. *Actas Urológicas Españolas* en resumen no estructurado.

v36. ¿Estos resultados son explícitos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.77	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		1.00	1.00		1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.31	1.00	1.00	0.56	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 117. Sin diferenciar entre tipos o revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005		1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008		1.00	1.00	1.00	1.00		1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010		1.00	1.00	1.00	1.00		1.00	1.00		1.00		
2011	0.99	1.00	1.00	1.00	0.68	0.99	1.00	1.00	1.00	0.20	1.00	
2012	0.52	0.97	1.00	1.00	0.28	0.52	1.00	1.00	1.00	0.07	1.00	1.00

Tabla 118. Resumen estructurado son diferenciar entre revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00											
2003	1.00											
2004	1.00											
2005	1.00											
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00						1.00					
2008	1.00						1.00					
2009	1.00						1.00					
2010	1.00						1.00					
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00						1.00					1.00

Tabla 119. Resumen no estructurado sin diferenciar entre revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00											
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00			1.00								
2005	1.00			1.00								
2006	1.00			1.00								
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00			1.00				1.00				
2009	1.00			1.00				0.27				
2010	0.88			1.00				0.22				
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.60	1.00	1.00	1.00	
2012	0.60			1.00				0.13				1.00

Tabla 120. *Acta Cardiologica* sin diferenciar entre tipos o revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00											
2003	1.00											
2004	1.00											
2005	1.00											
2006	1.00											
2007	1.00											
2008	1.00											
2009	0.64											
2010	0.57											
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	0.36											1.00

Tabla 121. *Acta Cardiologica* en resumen no estructurado.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00											
2003	1.00											
2004	1.00											
2005	1.00											
2006	1.00											
2007	1.00											
2008	1.00											
2009	1.00											
2010	1.00											
2011	0.74											
2012	0.74											

Tala 122. *Acta Clinica Belgica* en resumen no estructurado.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001											
2002	1.00	1.00									
2003	1.00	1.00	1.00								
2004	1.00	1.00	1.00	1.00							
2005			1.00	1.00	1.00						
2006	0.35	0.59	1.00	1.00	1.00	0.82					
2007			1.00	1.00	1.00		1.00				
2008			1.00	1.00	1.00		1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
2012	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.19	0.00	0.00	0.00	1.00

Tabla 123. *Actas Urológicas Españolas* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001											
2002	1.00	1.00									
2003	1.00	1.00	1.00								
2004	1.00	1.00	1.00	1.00							
2005			1.00	1.00	1.00						
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2007			1.00	1.00	1.00		1.00				
2008			1.00	1.00	1.00		1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	0.35	0.22	1.00	1.00	0.29	0.35	1.00	0.09	1.00	0.17	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.38	1.00	1.00	1.00

Tabla 124. *Actas Urológicas Españolas* en resumen no estructurado.

v37. ¿Son resultados positivos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	0.40	1.00	1.00	1.00	0.06	1.00			
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.28	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 125. Sin diferenciar entre tipos o revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	0.16	1.00	0.23	1.00	1.00	1.00	0.88					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	0.64	1.00	1.00	1.00	0.02	1.00			
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.51	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 126. Resumen no estructurado sin diferenciar entre revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001	1.00										
2002	1.00	1.00									
2003	1.00	1.00	1.00								
2004	1.00	1.00	1.00	1.00							
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2007	0.56	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.43				
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	0.36	0.02	0.08	0.00	0.07	0.01	0.79	0.00	0.00	0.38	
2012	1.00	1.00	1.00	0.90	1.00	1.00	1.00	0.28	0.82	1.00	1.00

Tabla 127. *Actas Urológicas Españolas* sin diferenciar estructura de resumen.

v40. ¿Incluye cambios en las medidas primarias?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00											
2003	1.00											
2004	1.00											
2005	1.00											
2006	1.00											
2007	1.00											
2008	1.00											
2009	1.00											
2010	1.00											
2011	1.00											
2012	1.00											

Tabla 128. *Acta Cardiologica* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00											
2003	1.00											
2004	1.00											
2005	1.00											
2006	1.00											
2007	1.00											
2008	1.00											
2009	1.00											
2010	1.00											
2011	1.00											
2012	1.00											

Tabla 129. *Acta Cardiologica* en resumen no estructurado.

v41. ¿Se incluyen interpretaciones?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002		1.00										
2003		0.97										
2004		0.93										
2005		1.00										
2006		0.75										
2007		0.52										
2008		1.00										
2009		0.37										
2010		1.00										
2011		1.00										
2012		1.00										

Tabla 130. Resumen estructurado sin diferenciar entre revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00		1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	0.97		1.00	1.00		1.00					
2008	1.00	1.00		1.00	1.00		1.00					
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	0.54		1.00	1.00		1.00			1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	0.95	0.32		1.00	0.75		1.00			1.00		1.00

Tablas 131. *Acta Cardiologica* sin diferenciar estructura de resumen

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00		1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00		1.00	1.00		1.00					
2008	1.00	1.00		1.00	1.00		1.00					
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	0.60		1.00	1.00		1.00			1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	0.95	0.32		1.00	0.62		1.00			1.00		1.00

Tablas 132. *Acta Cardiologica* en resumen no estructurado.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002		1.00										
2003		1.00										
2004		1.00										
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006		1.00				1.00						
2007		1.00				1.00						
2008		1.00				1.00						
2009		1.00				1.00						
2010		1.00				1.00						
2011		1.00				1.00						
2012		1.00				1.00						

Tabla 133. *Acta Clinica Belgica* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002												
2003												
2004												
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006						1.00						
2007						1.00						
2008						1.00						
2009						1.00						
2010						1.00						
2011						0.89						
2012						0.89						

Tabla 134. *Acta Clinica Belgica* en resumen no estructurado.

v42. ¿Aparecen datos numéricos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002												
2003	1.00	1.00	1.00									
2004				1.00								
2005				1.00								
2006				1.00								
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008				1.00				1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010				1.00				1.00		1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	0.34	1.00	0.17	0.63	1.00	0.31	1.00	1.00

Tabla 135. Resumen estructurado sin diferenciar entre revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005			1.00	1.00	1.00							
2006			1.00	1.00	1.00							
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010			1.00	0.34	1.00			1.00	1.00	1.00		
2011			1.00	0.20	1.00			1.00	1.00	1.00		
2012			1.00	0.20	1.00			1.00	1.00	1.00		

Tabla 136. *Acta Cardiologica* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005			1.00	1.00	1.00							
2006			1.00	1.00	1.00							
2007			1.00	1.00	1.00							
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009			1.00	0.82	1.00				1.00			
2010			1.00	0.70	1.00				1.00			
2011			1.00	0.46	1.00				1.00			
2012			1.00	0.43	1.00				1.00			

Tabla 137. *Acta Cardiologica* en resumen no estructurado.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001											
2002											
2003											
2004											
2005											
2006											
2007											
2008											
2009											
2011	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
2012	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.56

Tabla 138. *Actas Urológicas Españolas* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001											
2002											
2003											
2004											
2005											
2006											
2007											
2008											
2009											
2011	0.49	0.41	1.00	0.33	0.28	0.49	0.23	0.33	1.00	0.09	
2012	0.41	0.30	1.00	0.13	0.08	0.41	0.05	0.13	1.00	0.01	1.00

Tabla 139. *Actas Urológicas Españolas* en resumen estructurado.

v43. ¿Aparecen datos estadísticos?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005			1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	0.98	1.00	1.00	1.00	1.00	0.98	1.00					
2008			1.00	1.00	1.00		1.00	1.00				
2009			1.00	1.00	1.00		1.00	0.78				
2010			1.00	1.00	1.00		1.00	1.00				
2011			1.00	1.00	1.00		1.00	1.00				
2012			1.00	1.00	1.00		1.00	1.00				

Tabla 140. Sin diferenciar entre tipos o revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002	1.00	1.00										
2003			1.00									
2004			1.00									
2005			1.00									
2006			1.00									
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	0.96	1.00	0.71					
2008			1.00					1.00				
2009			0.82					0.24				
2010			1.00					1.00				
2011			1.00					1.00				
2012			1.00					1.00				

Tabla 141. Resumen estructurado son diferenciar entre revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002												
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005				1.00	1.00							
2006				1.00	1.00							
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008				1.00	1.00			1.00				
2009				1.00	1.00			0.43				
2010				1.00	1.00			0.37				
2011				1.00	1.00			0.24				
2012				1.00	1.00			0.24				

Tabla 142. *Acta Cardiologica* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001											
2002	1.00	1.00									
2003			0.99								
2004			0.90								
2005			1.00								
2006			0.82								
2007			0.99								
2008			1.00								
2009			0.41								
2011			1.00								
2012			1.00								

Tabla 143. *Actas Urológicas Españolas* en resumen estructurado.

v44. ¿Todas las medidas descritas en el caso clínico tienen correspondencia en el resumen?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00											
2003	1.00											
2004	1.00											
2005	1.00											
2006	1.00											
2007	1.00											
2008	1.00											
2009	1.00											
2010	1.00											
2011	1.00											
2012	1.00											

Tabla 144. *Acta Cardiologica* en resumen no estructurado.

v45 (v35 +v36 +v37 +v38 +v39 +v40 +v41 +v42 +v43 +v44)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	0.09	1.00	0.13	1.00	1.00	1.00	0.56					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.06	1.00			
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 145. Resumen no estructurado sin diferenciar entre revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	0.22	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	0.00	0.02	0.58	0.04	0.08	0.82	1.00	1.00	1.00	0.06	1.00	0.48

Tabla 146. *Acta Cardiologica* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	0.04	0.08	1.00	0.27	0.28	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.40	1.00			
2010	0.15	0.86	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	0.00	0.02	0.54	0.11	0.12	0.76	1.00	1.00	1.00	0.10	1.00	0.67

Tabla 147. *Acta Cardiologica* en resumen no estructurado.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001	1.00										
2002	1.00	1.00									
2003	1.00	1.00	1.00								
2004	1.00	1.00	1.00	1.00							
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.54				
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.70	1.00			
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.91	1.00		
2011	0.01	0.01	0.02	0.00	0.00	0.00	0.06	0.00	0.00	0.03	
2012	1.00	1.00	1.00	0.70	1.00	0.75	1.00	0.41	0.49	1.00	1.00

Tabla 148. *Actas Urológicas Españolas* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001	1.00										
2002	1.00	1.00									
2003	1.00	1.00	1.00								
2004	1.00	1.00	1.00	1.00							
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2007	1.00	1.00	0.49	1.00	1.00	1.00	1.00				
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	0.88	1.00	1.00	0.27	1.00	0.39	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 149. *Actas Urológicas Españolas* en resumen estructurado.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
2001	1.00								
2002	1.00	1.00							
2003	0.43	1.00	0.71						
2004	1.00	1.00	1.00	1.00					
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2006	1.00	1.00	1.00	0.46	1.00	1.00			
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2009	1.00	1.00	1.00	0.39	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 150. *Actas Urológicas Españolas* en resumen no estructurado.

Conclusiones

v46. ¿Se ofrecen las conclusiones a las que se ha llegado?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	0.62	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	0.58	0.62	0.25	0.44	1.00	1.00	1.00	1.00	0.60			
2010	0.99	1.00	0.49	0.77	1.00	1.00	1.00	1.00	0.99	1.00		
2011	0.58	0.60	0.25	0.44	1.00	1.00	1.00	1.00	0.58	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 151. Sin diferenciar entre tipos o revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	0.47	0.35	0.34	0.20	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	0.77	0.77	0.47	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 152. Resumen no estructurado sin diferenciar entre revistas

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	0.37	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	0.72	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	0.01	1.00	0.28	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	0.33	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	0.79	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	0.04	1.00	0.75	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	0.79	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	0.28	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 152. *Acta Cardiologica* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001	1.00										
2002	1.00	1.00									
2003	1.00	1.00	1.00								
2004	1.00	1.00	0.88	1.00							
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2006	1.00	1.00	0.21	1.00	1.00	1.00					
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2009	0.07	1.00	0.01	0.58	1.00	0.79	1.00	1.00	0.06		
2011	0.00	0.03	0.00	0.02	0.08	0.02	0.34	0.10	0.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	

Tabla 153. *Actas Urológicas Españolas* sin diferenciar estructura de resumen.

v47. ¿Las conclusiones fueron consistentes con los resultados?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005		1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008		1.00	1.00	1.00	1.00		1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	0.47	1.00	1.00	1.00	1.00	0.84	1.00			
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012		1.00	1.00	1.00	1.00		1.00	1.00		1.00	1.00	1.00

Tabla 154. Resumen estructurado son diferenciar entre revistas.

v48. ¿Se mencionan las implicaciones del estudio?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002												
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005				1.00	1.00							
2006				1.00	1.00							
2007				1.00	1.00							
2008				1.00	1.00							
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010				1.00	1.00					1.00		
2011				0.86	0.76					1.00		
2012				0.86	0.76					1.00		

Tabla 155. *Acta Clinica Belgica* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002												
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005				1.00	1.00							
2006				1.00	1.00							
2007				1.00	1.00							
2008				1.00	1.00							
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010				1.00	1.00					1.00		
2011				1.00	0.89					1.00		
2012				1.00	0.89					1.00		

Tabla 156. *Acta Clinica Belgica* en resumen no estructurado.

v49. ¿Se menciona su contribución a la literatura?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	0.04	1.00										
2003	1.00	1.00	0.69									
2004	0.77	1.00	1.00	1.00								
2005	0.34	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	0.07	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	0.07	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	0.00	1.00	1.00	0.11	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	0.69	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	0.06	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	0.00	1.00	1.00	0.15	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 157. *Acta Cardiologica* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	0.04	1.00										
2003	1.00	1.00	0.55									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	0.34	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	0.07	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	0.11	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	0.00	1.00	1.00	0.10	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	0.82	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	0.07	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	0.00	1.00	1.00	0.10	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 158. *Acta Cardiologica* en resumen estructurado.

v50. ¿Se dan recomendaciones para estudios posteriores?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001											
2002	1.00	1.00									
2003			1.00								
2004	1.00	1.00	1.00	1.00							
2005			1.00		1.00						
2006			1.00		1.00						
2007			1.00		1.00						
2008			1.00		1.00						
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	0.02	0.05	1.00	0.06	1.00	0.09	0.24	0.22	0.17	1.00	
2012			1.00		1.00					1.00	1.00

Tabla 159. Actas Urológicas Españolas sin diferenciar estructura de resumen.

v51. ¿Resumen anteriores secciones del resumen?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002												
2003												
2004												
2005												
2006												
2007												
2008												
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010										1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	1.00	0.97	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 160. Sin diferenciar entre tipos o revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001												
2002												
2003												
2004												
2005												
2006												
2007												
2008												
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010										1.00		
2011	1.00	1.00	1.00	0.71	0.56	1.00	0.35	0.17	1.00	0.45	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.85	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 161. Resumen estructurado sin diferenciar entre revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001											
2002											
2003											
2004											
2005											
2006											
2007											
2008											
2009											
2011	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
2012	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.56

Tabla 162. *Actas Urológicas Españolas* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001											
2002											
2003											
2004											
2005											
2006											
2007											
2008											
2009											
2011	0.49	0.41	1.00	0.33	0.28	0.49	0.23	0.33	1.00	0.09	
2012	0.41	0.30	1.00	0.13	0.08	0.41	0.05	0.13	1.00	0.01	1.00

Tabla 163. *Actas Urológicas Españolas* en resumen estructurado.

v52 (v46 +v47 +v48 +v49 +v50 +v51)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	0.51	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	0.23	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	0.67	0.61	0.10	1.00	1.00	0.86	1.00	1.00	0.89	1.00		
2011	1.00	1.00	0.16	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 164. Sin diferenciar entre tipos o revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005		1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008		1.00	1.00	1.00	1.00		1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	0.56	1.00	1.00	1.00	1.00	0.56	0.70	1.00	1.00	0.88	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 165. Resumen estructurado son diferenciar entre revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00	1.00										
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00	1.00	1.00	1.00								
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00							
2006	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00					
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	0.63	0.21	0.05	1.00	1.00	0.83	1.00	1.00	1.00	1.00		
2011	1.00	1.00	0.55	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 166. Resumen no estructurado sin diferenciar entre revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001	1.00										
2002	1.00	1.00									
2003	1.00	1.00	1.00								
2004	1.00	1.00	0.55	1.00							
2005	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00						
2006	1.00	1.00	0.70	1.00	1.00	1.00					
2007	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2009	0.06	0.55	0.02	1.00	1.00	0.64	1.00	1.00	0.09		
2011	0.00	0.00	0.00	0.00	0.03	0.00	0.04	0.01	0.00	0.07	
2012	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 167. *Actas Urológicas Españolas* sin diferenciar estructura de resumen.

Originalidad/Valor

v53. ¿Se especifica explícitamente la originalidad del caso?

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00											
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00			1.00								
2005	1.00			1.00								
2006	1.00			1.00								
2007	1.00			1.00								
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00			1.00					1.00	1.00		
2011	1.00			1.00					1.00	1.00		
2012	1.00			1.00					1.00	1.00		

Tabla 168. Sin diferenciar entre tipos o revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00											
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00			1.00								
2005	1.00			1.00								
2006	1.00			1.00								
2007	0.75			1.00								
2008	1.00			1.00								
2009	0.56			1.00								
2010	0.50			1.00								
2011	0.36			1.00								
2012	0.36			1.00								

Tabla 169. *Acta Cardiologica* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00											
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00			1.00								
2005	1.00			1.00								
2006	1.00			1.00								
2007	1.00			1.00								
2008	1.00			1.00								
2009	0.61			1.00								
2010	0.54			1.00								
2011	0.38			1.00								
2012	0.36			1.00								

Tabla 170. *Acta Cardiologica* en resumen no estructurado.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001											
2002											
2003											
2004											
2005											
2006											
2007											
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2009	0.26	0.39	0.41	0.41	0.36	0.47	0.72	0.72	1.00		
2011									1.00	1.00	
2012									1.00	1.00	

Tabla 171. *Actas Urológicas Españolas* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
2001									
2002									
2003									
2004									
2005									
2006									
2007									
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2009	0.73	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 172. *Actas Urológicas Españolas* en resumen no estructurado.

v55 (v53 +v54)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00											
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00			1.00								
2005	1.00			1.00								
2006	1.00			1.00								
2007	1.00			1.00								
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00				
2009	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2010	1.00			1.00					1.00	1.00		
2011	1.00			1.00					1.00	1.00		
2012	1.00			1.00					1.00	1.00		

Tabla 173. Sin diferenciar entre tipos o revistas.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00											
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00			1.00								
2005	1.00			1.00								
2006	1.00			1.00								
2007	0.75			1.00								
2008	1.00			1.00								
2009	0.56			1.00								
2010	0.50			1.00								
2011	0.36			1.00								
2012	0.36			1.00								

Tabla 174. *Acta Cardiologica* sin diferenciar estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2001	1.00											
2002	1.00											
2003	1.00	1.00	1.00									
2004	1.00			1.00								
2005	1.00			1.00								
2006	1.00			1.00								
2007	1.00			1.00								
2008	1.00			1.00								
2009	0.61			1.00								
2010	0.54			1.00								
2011	0.38			1.00								
2012	0.36			1.00								

Tabla 175. *Acta Cardiologica* en resumen no estructurado.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
2001											
2002											
2003											
2004											
2005											
2006											
2007											
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			
2009	0.26	0.39	0.41	0.41	0.36	0.47	0.72	0.72	1.00		
2011									1.00	1.00	
2012									1.00	1.00	

Tabla 176. *Actas Urológicas Españolas* sin diferenciar entre estructura de resumen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
2001									
2002									
2003									
2004									
2005									
2006									
2007									
2008	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
2009	0.73	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 177. *Actas Urológicas Españolas* en resumen no estructurado.