



## INFORMACIÓN Y RECOMENDACIONES PARA REVISORES DE ARTÍCULOS ORIGINALES/ORIGINALES BREVES

(Available English version in: <http://emergencias.portalsemes.org/images/info-reviewers-en.pdf>)

Actualizadas en febrero de 2016

Para realizar su revisión es importante que considere aspectos importantes:

1. Las instrucciones para los autores de las secciones de artículos originales y originales breves acordadas por EMERGENCIAS ([http://emergencias.portalsemes.org/images/normas\\_autores\\_es.pdf](http://emergencias.portalsemes.org/images/normas_autores_es.pdf))

**Originales.** Estudios originales de investigación básica, epidemiológica, clínica o técnica preferentemente prospectivos. Deben constar de los siguientes apartados: resumen estructurado, introducción, métodos, resultados, discusión y bibliografía. La extensión será inferior a 3.000 palabras (excluido el resumen y la bibliografía), con un máximo de 6 tablas y/o figuras, 30 citas y, salvo trabajos cooperativos, 6 autores.

**Originales breves.** Trabajos de investigación original que por su objetivo, diseño o resultado, puedan ser publicados en un formato más reducido y de forma más ágil. Tendrá la misma estructura de un original, con una extensión inferior a 1.500 palabras, con máximo de 2 tablas y/o figuras, 15 citas y 6 autores.

2. Las recomendaciones de la iniciativa STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) para los estudios observacionales: longitudinales (de cohortes, casos-controles) y transversales. En la página web de la iniciativa STROBE (<http://www.strobe-statement.org>) el revisor encontrará las diferentes versiones de listas de comprobación correspondientes a los diferentes diseños de estudios observacionales. Las recomendaciones del CONSORT (*Consolidated Standards of Reporting Trials*) para los ensayos clínicos (<http://www.consort-statement.org>)

Al final de este documento (en el Anexo I), a modo de resumen, usted encontrará los elementos esenciales citados por las normativas (STROBE Y CONSORT) que deberían ser revisados.

3. Le rogamos que elabore su informe siguiendo las indicaciones del ejemplo de informe de revisión que figuran a continuación y, por favor, valore de 1 a 5 puntos las cuatro cuestiones finales de la revisión.

4. Le recordamos que al redactar su informe usted debe tener en cuenta que éste será enviado a los autores del manuscrito. El Comité Editorial de EMERGENCIAS considera que los autores siempre hacen un esfuerzo para redactar su manuscrito. La crítica científica bien fundamentada y argumentada es compatible con el respeto al trabajo ajeno.

El Comité Editorial de EMERGENCIAS le agradece su trabajo y colaboración que resulta imprescindible para el proceso editorial.

Reciba un saludo cordial, con nuestro sincero agradecimiento.

Dr. Oscar Miró i Andreu  
Editor de EMERGENCIAS

Dr. Francisco Javier Martín Sánchez  
Editor Asociado de EMERGENCIAS

Dr. Agustín Julián Jiménez  
Editor Asociado de EMERGENCIAS

### MODELO-EJEMPLO Y ESQUEMA (FICTICIO) DE INFORME DE EVALUACIÓN para los REVISORES

#### 1.- Filiación del trabajo a revisar

Referencia EM-9999

Título: "PUNTUACIÓN NIHSS A LAS 24 HORAS COMO FACTOR PRONÓSTICO EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO AGUDO Y FIBRINOLISIS INTRAVENOSA".

Sección: Originales

#### 2.- Introducción a la revisión:

Se trata de un estudio descriptivo de 33 pacientes con ictus isquémico en fase aguda atendidos en el servicio de urgencias del Hospital XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXX, en los que se activó el "código ictus" al considerarse que cumplían criterios para ser tratados con fibrinólisis intravenosa. Los autores analizan las variables que influyen en un mejor pronóstico funcional a los tres meses postfibrinólisis.

#### 3.- Comentarios generales:

En general la redacción y la presentación están muy poco cuidadas, siendo manifiestamente mejorables e incluso con frases o párrafos ininteligibles para el lector. Debe prestarse más atención a la relación sujeto-predicado, estructura de las frases y tiempos verbales (continuamente se utiliza indistintamente pasado, presente, primera persona, tercera persona... se recomienda utilizar en general la forma impersonal o la primera persona del plural, un tiempo pasado y evitar la voz pasiva y el uso del gerundio). El trabajo se corresponde con un análisis retrospectivo de datos acumulados en el que no se especifican de forma clara ni adecuada el/los objetivo/s, ni la hipótesis del mismo, ni tampoco los criterios de inclusión y exclusión de los pacientes en el marco de una metodología y planteamiento inicialmente correctos, pero que al tener una muestra tan limitada lo convierte en un estudio poco robusto. Además, todos los resultados se repiten en el texto y en las excesivas tablas, e incluso la discusión y conclusiones del trabajo parecen corresponderse a una continuación del apartado resultados.

Por otro lado no aporta ninguna novedad para el urólogo a lo ya conocido en la actualidad ni ninguna conclusión que pueda ser útil en la práctica clínica.

#### 4.- Comentarios concretos:

##### 4.1.- Resumen:

Es demasiado extenso y debe reducirse a menos de 250 palabras. No incluir una discusión en el mismo, en su lugar incluir una o dos conclusiones relevantes que respondan o se relacionen con el objetivo del estudio. El resumen costará de los siguientes apartados: objetivo/s, método, resultados y conclusiones.

##### 4.2.- Introducción:

En general es muy larga, hay que sintetizarla de forma evidente para conseguir ubicar al lector en el estado actual del tema tratado. La extensa descripción histórica no resulta pertinente. Los autores citan y describen distintas escalas pronósticas que luego no vuelven a mencionar en el resto de artículo y que no aportan nada al desarrollo

y discusión del mismo, también están de más. Debe de desarrollar las iniciales de los acrónimos que aparecen por primera vez en el texto. Ejemplo: escala NIHSS, mRS. No debe desarrollar la explicación en el texto de la escala de Rankin modificada, solo referir con una cita apropiada, ni todos los grados de discapacidad y dependencia del paciente y sus comentarios subjetivos en los tres primeros párrafos de la introducción (no aporta nada). Por su parte el objetivo parece confuso en su planteamiento, “identificar y analizar las variables clínicas o analíticas que pudieran predecir el grado de dependencia a los 3 meses o más de los pacientes con ictus, en su mayoría isquémico, que son tratados con fibrinolisis”, pero también parece muy ambicioso a partir de una muestra de solo 33 pacientes.

#### 4.3.- Método:

Poco detallado, se deduce que se han valorado 33 pacientes que acudieron al servicio de urgencias del hospital citado pero no se explicitan los criterios de inclusión y exclusión. Por ejemplo no se señala si se incluyeron los pacientes con ictus isquémico de circulación anterior (arteria cerebral media y/o arteria cerebral anterior) y circulación posterior (vertebrobasilar) o si se incluyeron los “ictus del despertar” y aquellos donde se desconocía la hora de inicio. No se detalla si la valoración inicial se realiza por el urólogo, el neurólogo o ambos. Ni cuáles recibieron fibrinolisis en el servicio de urgencias o de medicina intensiva. Tampoco se detalla si los pacientes firmaron el consentimiento informado para recibir el tratamiento fibrinolítico, ni si el estudio contó con la aprobación del CEIC (comité ético de investigación clínica) lo que resultaría imprescindible desde el punto de vista de los aspectos éticos a considerar antes de su publicación.

Por otro lado no se describen adecuadamente las características clínico-epidemiológicas de todos los pacientes que deberían incluirse (así como el tratamiento que estaban recibiendo) por ejemplo en una tabla.

No quedan claras las variables tenidas en cuenta ya que algunas no se reflejan en el apartado resultados y otras que aparecen en los resultados no se citan o señalan en este apartado.

Por otro lado, algo que resulta imprescindible y que los autores no describen (salvo que el análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS 22.0) es cómo se han descrito las variables cuantitativas y cualitativas, con qué pruebas se ha realizado el análisis de correlación entre las variables y el grado de dependencia a los tres meses, etc. Por otro lado y como ya se ha dicho, el reducido tamaño muestral puede favorecer un posible error beta no estimado.

#### 4.4.- Resultados:

En general es demasiado extenso con dos problemas fundamentales. En primer lugar la mayoría de los datos se repiten en el texto y en las tablas (se pueden quitar del texto) y, en segundo lugar, existen abundantes comentarios que interpretan los mismo y que deberían incluirse en el apartado de discusión.

Las tablas aportadas contienen mucha información poco elaborada y desordenada, solo descriptiva con frecuencias y proporciones. Deberían incluirse los intervalos de confianza y/o los valores de p cuando se comparan los grupos de ictus isquémicos con los pseudoictus.

Las dos figuras ilustrativas son una repetición de las tablas 3 y 4, y no aportan ningún dato nuevo.

#### 4.5.- Discusión:

En realidad es confusa y no está estructurada, parece de nuevo una revisión de la literatura. El principio de la discusión parece más bien corresponderse con a la introducción. Se vuelven a mencionar los resultados sin discutir la significación de los mismos. No existe una interpretación de los autores de sus resultados, ni de su posible significado ni aplicación práctica. No se discute las posibles limitaciones del estudio, ni sus fortalezas, ni posibles sesgos. Debería incluirse la comparación con publicaciones similares y discrepancias con las mismas.

Por otro lado no aporta ninguna novedad clínica ni didáctica para el urólogo a lo ya conocido en la actualidad, ni ninguna conclusión que pueda ser útil en la práctica clínica.

#### 4.6.- Tablas y figuras:

En general poco cuidadas y con mala presentación. Títulos muy largos y poco indicativos. Tienen muchos datos acumulados que las hacen poco atractivas y claras. Más que resultar complementarias al texto, repiten lo dicho en éste.

En las tablas 2 y 3 no se explican las abreviaturas que aparecen en las mismas. Redondear los datos de las edades medias, ¿qué valor o sentido tiene una edad de 54,23 años?

#### 4.7.- Bibliografía:

En general llama la atención que no hay ninguna cita bibliográfica reciente de los últimos tres años cuando se trata de un tema con abundantes publicaciones en los últimos años- Por ejemplo: *Martín J, et al. Factores pronósticos de mortalidad y situación funcional en mayores de 75 años con ictus isquémico fibrinolizado. Neurología 2014;45:1188-196.*

La referencia bibliográfica 2 no aparece en el manuscrito.

La número 6 está incompleta (falta el año de publicación)

La número 11: el nombre de la revista está incompleto.

La número 12 señala un autor et al. Debe señalarse 6 autores et al.

#### 4.8.- Comentarios específicos del revisor para el Editor (OPCIONAL):

4.9.- Cuestiones finales de la revisión (elija una respuesta en cada cuestión planteada que usted crea que merece el artículo que ha revisado)

En su opinión:

##### A.- La presentación del manuscrito en general es:

- 1.- Muy mala (muy descuidada, difícil de entender y leer)
- 2.- Mala (descuidada, se nota que no se ha revisado el manuscrito en detalle)
- 3.- Regular (aunque hay partes o aspectos correctamente presentados, existen otros mejorables o faltan algunos detalles esenciales o importantes)
- 4.- Buena (cuidada, buena presentación, el manuscrito se entiende y lee con facilidad)
- 5.- Excelente (muy cuidada, se lee y entiende perfectamente)

##### B.- La originalidad de la pregunta o hipótesis de investigación es:

- 1.- Muy escasa (ya ha sido planteada anteriormente con frecuencia)
- 2.- Escasa (repite lo que ya ha sido planteado anteriormente por lo que no es novedoso)
- 3.- Regular (aunque no es novedosa, tiene algunos detalles originales)
- 4.- Suficiente (posee detalles singulares o aspectos distintos)
- 5.- Excelente (idea de investigación auténticamente novedosa)

##### C.- La metodología planteada y su desarrollo resultan:

- 1.- Muy mala (faltan detalles o aspectos esenciales o insalvables)
- 2.- Mala (faltan aspectos importantes)
- 3.- Regular (existen defectos que podrían salvarse en una segunda revisión)
- 4.- Buena (en general correctamente precisada)
- 5.- Excelente (muy detallada y correcta, incluso con aspectos innovadores)

##### D.- El manuscrito obtiene una relevancia:

- 1.- Muy escasa (no añade absolutamente nada al conocimiento ni a la práctica clínica)
- 2.- Escasa (limitado interés, añade poco al conocimiento y/o la práctica clínica)
- 3.- Regular (añade algún detalle o aspecto, aunque limitado)
- 4.- Suficiente (añade aspectos y resultados que pueden resultar importantes y reflexiones sobre el tema tratado)
- 5.- Excelente (se trata de un trabajo importante que puede modificar la práctica clínica y/o completar el conocimiento)

Y, por favor, no olvide seleccionar en el gestor una de las opciones que le propone (“aceptar envío”, “se necesitan pequeñas revisiones”, “se necesitan revisiones mayores, reenviar para revisión del manuscrito” o “rechazar envío”).

## ELEMENTOS ESENCIALES QUE DEBERÍAN SER REVISADOS DE ACUERDO CON LAS NORMATIVAS (STROBE Y CONSORT)

### Para los ESTUDIOS OBSERVACIONALES (iniciativa STROBE) comprobar:

#### Título y Resumen

¿Indica, en el título o en el resumen, el diseño del estudio con un término habitual?

¿Proporciona en el resumen una sinopsis informativa y equilibrada de lo que se ha hecho y lo que se ha encontrado?

#### Introducción

¿Explica las razones y el fundamento científicos de la investigación que se comunica?

¿Indica los objetivos específicos, incluida cualquier hipótesis preespecificada?

#### Metodología

En referencia al diseño del estudio, ¿enumera el tipo de diseño del estudio?

En referencia al lugar de realización del estudio, ¿describe el marco, los lugares y las fechas relevantes, incluido los períodos de reclutamiento, exposición, seguimiento y recogida de datos?

En referencia a los participantes del estudio, ¿proporciona los criterios de elegibilidad y las fuentes y métodos de selección de los participantes?

En referencia a los tipo de variables y fuentes de recogida, ¿define claramente todas las variables: de respuesta, exposiciones, predictoras, confusoras y modificadoras del efecto y si procede, proporciona los criterios diagnósticos?, y para cada variable de interés, ¿proporciona las fuentes de datos y los detalles de los datos/medidas métodos de valoración (medida).

Documentar si realizó cálculo del tamaño muestral, si el estudio tiene la aprobación de un CEIC y detallar el análisis estadístico.

#### Resultados

En relación con los participantes, ¿describe el número de participantes detallando los potenciales, los analizados para ser incluidos, los confirmados elegibles, los incluidos en el estudio, los que tuvieron un seguimiento?, ¿se describen las razones de la pérdida de participantes en cada fase?, ¿existe posibilidad de realizar un diagrama de flujo?

En relación con la exposición de los resultados, ¿se aportan datos descriptivos, datos de las variables resultado y resultados principales?

#### Discusión

¿Se aportan resultados claves, la interpretación y la posibilidad de generalizar de los mismos, limitaciones, conclusiones?

#### Bibliografía

¿Se adapta a las normas editoriales de EMERGENCIAS?

#### Tablas y Figuras

¿Se adapta a las normas editoriales de EMERGENCIAS?

### Para los Ensayos clínicos (iniciativa CONSORT) comprobar:

#### Título y Resumen

1.- ¿Cómo se asignaron los pacientes a las intervenciones?

#### Introducción

2.- Antecedentes científicos y razón de ser del estudio.

3.- Objetivos e hipótesis

#### Método

4.- Criterios de selección de pacientes y ámbito y lugares donde se recogieron los datos.

5.- Detalles precisos de las intervenciones pretendidas para cada grupo y cuándo y cómo se administraron.

6.- Definición clara de las medidas de los resultados principal y secundario y, si procede, de cualquier método utilizado para mejorar la calidad de las medidas (entrenamiento de evaluadores, etc.)

7.- Modo de determinación del tamaño muestral.

8.- Método utilizado para generar la secuencia aleatoria.

9.- Método utilizado para generar la secuencia aleatoria y conocer si la secuencia se mantuvo oculta hasta la asignación.

10.- ¿Quién generó la secuencia de pacientes, quién incluyó a los participantes y quién los asignó a los grupos?

11.- Si los participantes, quienes administraron las intervenciones o los evaluadores de los resultados conocían o no la intervención asignada. Si procede, ¿cómo se evaluó el éxito del enmascaramiento?

12.- Métodos estadísticos empleados para comparar los grupos en el resultado principal y en los análisis adicionales.

#### Resultados

13.- Flujo de participantes en cada fase (incluir diagrama). Para cada grupo, reflejar los participantes asignados aleatoriamente, los que recibieron el tratamiento pretendido, los que completaron el protocolo de estudio y a los que se incluyó en el análisis del resultado principal. Describir las desviaciones del protocolo y su motivo.

14.- Fechas que limitan los períodos de reclutamiento y seguimiento.

15.- Características demográficas y clínicas basales de cada grupo.

16.- Número de participantes de cada grupo incluidos en cada análisis, y si el análisis se realizó por "intención de tratar". Expresar los resultados cuando sea posible en números absolutos, en lugar de porcentajes.

17.- Para cada resultado principal y secundario, resumen de resultados por grupo y el efecto estimado y su precisión (intervalo de confianza).

18.- Considerar la multiplicidad, e informar sobre cualquier otro análisis realizado, incluidos análisis de subgrupos y análisis ajustados, indicando los preespecificados y los exploratorios.

19.- Eventos adversos o efectos colaterales importantes en cada grupo de intervención.

#### Discusión

20.- Interpretación de los resultados, según la hipótesis del estudio, los sesgos potenciales y los peligros asociados a la multiplicidad de análisis y de variables.

21.- Generalización de los hallazgos del ensayo (validez externa)

22.- Interpretación general de los resultados en el contexto de la evidencia actual.