

XXXV

Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

IV Congreso Ibérico de Medicina Interna

II Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia



19-21 de Noviembre de 2014

Auditorio y Centro de Congresos

Víctor Villegas. Murcia



XXXV

Congreso Nacional de la Sociedad
Española de Medicina Interna (SEMI)

IV Congreso Ibérico de Medicina Interna

II Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia



19-21 Noviembre 2014

Auditorio y Centro de Congresos Víctor Villegas
Murcia

Taller nº 6

“Redacción de artículos científicos”

Dr. Juan García Puig^a
Dr. Gabriel Gaspar Alonso-Vega^b
Dr. Juan José Ríos Blanco^b

Revista Clínica Española

^a – Director. ^b – Director Asociado

Noviembre.2009 a Diciembre.2014

Guión

- a) ¿por qué hay que publicar?
- b) ¿Cómo se aprende a publicar?
- c) ¿Dónde publicar?
- d) **La Carta de presentación**
- e) **Estructura del manuscrito**
 - *Título*
 - *Introducción*
 - *Métodos*
 - *Resultados*
 - *Discusión*
 - *Conclusiones*
 - *Bibliografía*
 - *Tablas y Figuras*
 - *Material Suplementario*
- f) **Los revisores**
- g) **Supuestos prácticos**

Dr. Gabriel Gaspar Alonso-
Vega

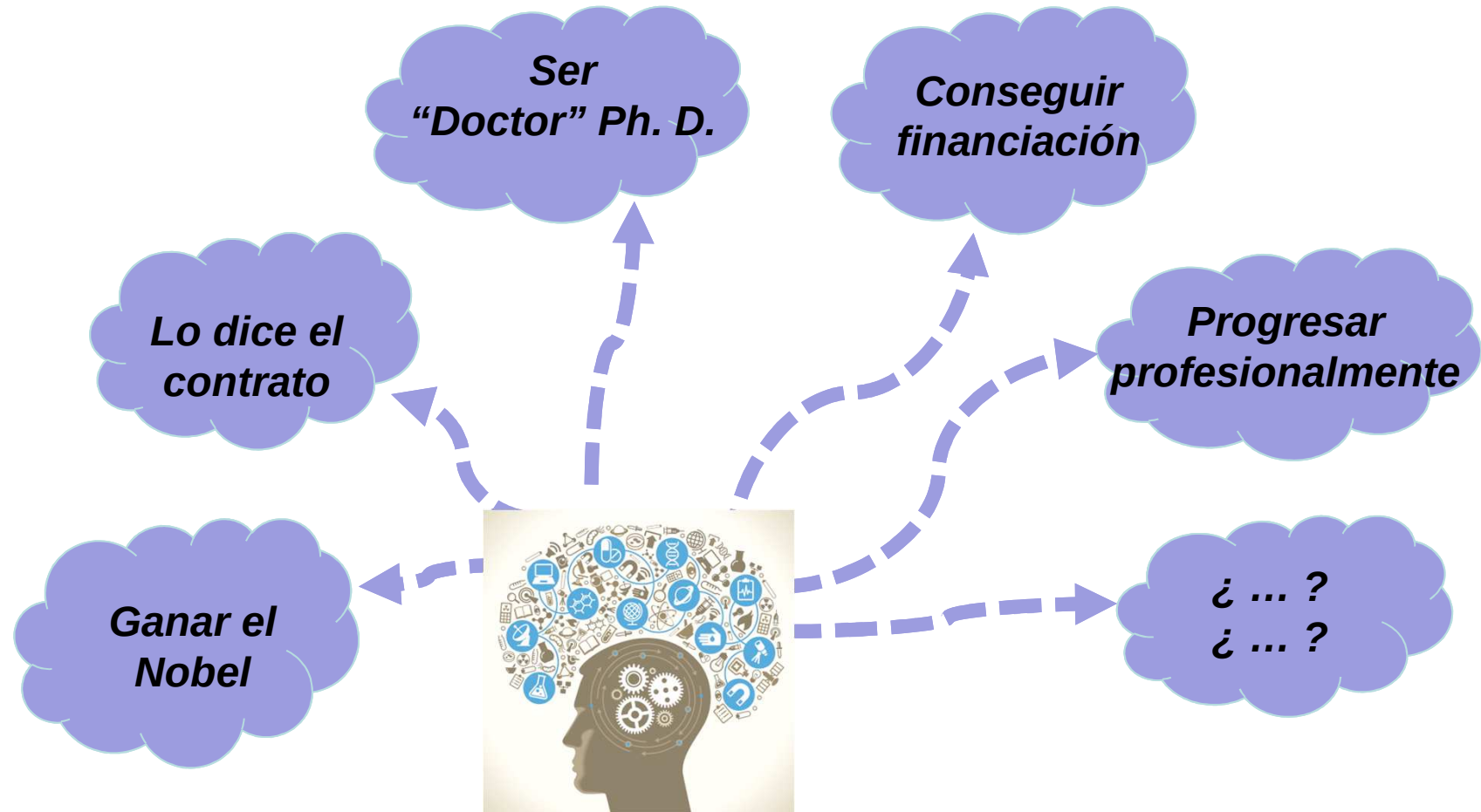
Dr. Juan José Ríos
Blanco

¿Porqué hay que publicar?

¿Porqué no hay que publicar?



¿Cuáles son tus motivos personales para publicar?



Sin embargo

*A los editores, a los revisores, y a la comunidad científica
no le interesan sus motivaciones personales*

¿Porqué hay que “*publicar*”?

Sino se publicasen los resultados de una investigación

....

Sería como si la investigación no se hubiese realizado

¿para qué publican los científicos?

... para **compartir** con la comunidad científica algún **conocimiento** que implique algún **avance** significativo en algún terreno concreto

¿y los clínicos?

... para **mejorar el “manejo”** de las problemáticas planteadas por **los enfermos**



¿Qué MÉDICO quiero ser?

<u>Según las actividades realizadas</u>				Tipo de Médico
Asistencia Clínica	Lectura Crítica de Artículos Científicos	Participación en trabajos de investigación	Publicaciones científicas	
+++	-	-	-	<i>¿Suficiente?</i>

¿Qué MÉDICO quiero ser?

<u>Según las actividades realizadas</u>				Tipo de Médico
Asistencia Clínica	Lectura Crítica de Artículos Científicos	Participación en trabajos de investigación	Publicaciones científicas	
+++	-	-	-	<i>¿Suficiente?</i>
+++	+++	-	-	<i>Bien</i>

¿Qué MÉDICO quiero ser?

<u>Según las actividades realizadas</u>				
Asistencia Clínica	Lectura Crítica de Artículos Científicos	Participación en trabajos de investigación	Publicaciones científicas	Tipo de Médico
+++	-	-	-	<i>¿Suficiente?</i>
+++	+++	-	-	<i>Bien</i>
+++	+++	+++	-	<i>Muy bien</i>

¿Qué MÉDICO quiero ser?

<u>Según las actividades realizadas</u>				
Asistencia Clínica	Lectura Crítica de Artículos Científicos	Participación en trabajos de investigación	Publicaciones científicas	Tipo de Médico
+++	-	-	-	<i>¿Suficiente?</i>
+++	+++	-	-	<i>Bien</i>
+++	+++	+++	-	<i>Muy bien</i>
+++	+++	+++	+++	<i>Óptimo</i>

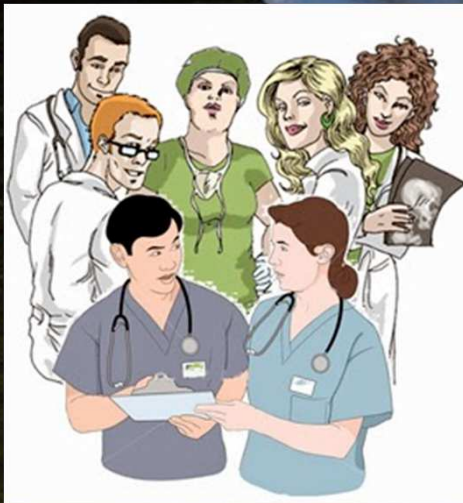
¿Qué MÉDICO quiero ser?

<u>Según las actividades realizadas</u>				
Asistencia Clínica	Lectura Crítica de Artículos Científicos	Participación en trabajos de investigación	Publicaciones científicas	Tipo de Médico
+++	-	-	-	<i>¿Suficiente?</i>
+++	+++	-	-	<i>Bien</i>
+++	+++	+++	-	<i>Muy bien</i>
+++	+++	+++	+++	<i>Óptimo</i>
-	- a +++	- a +++	- a +++	<i>¿ ... ?</i>

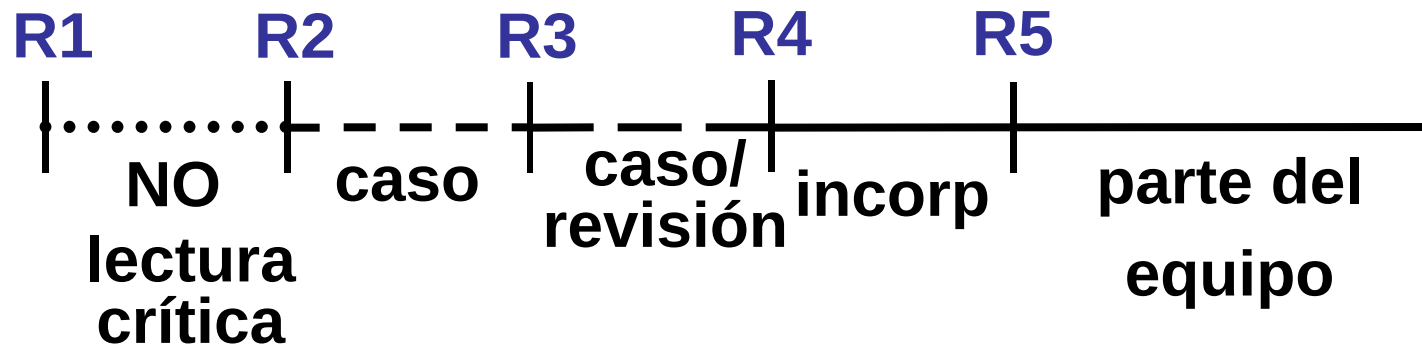


¿Cómo se aprende a *“publicar”* ?

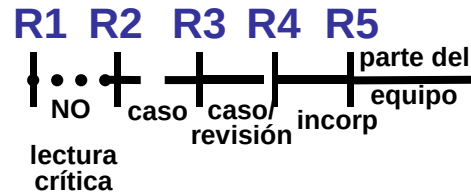
La madre naturaleza nos enseña
comenzar de la mano de alguien en quien
podamos confiar.



¿Cómo formar en INVESTIGACION?

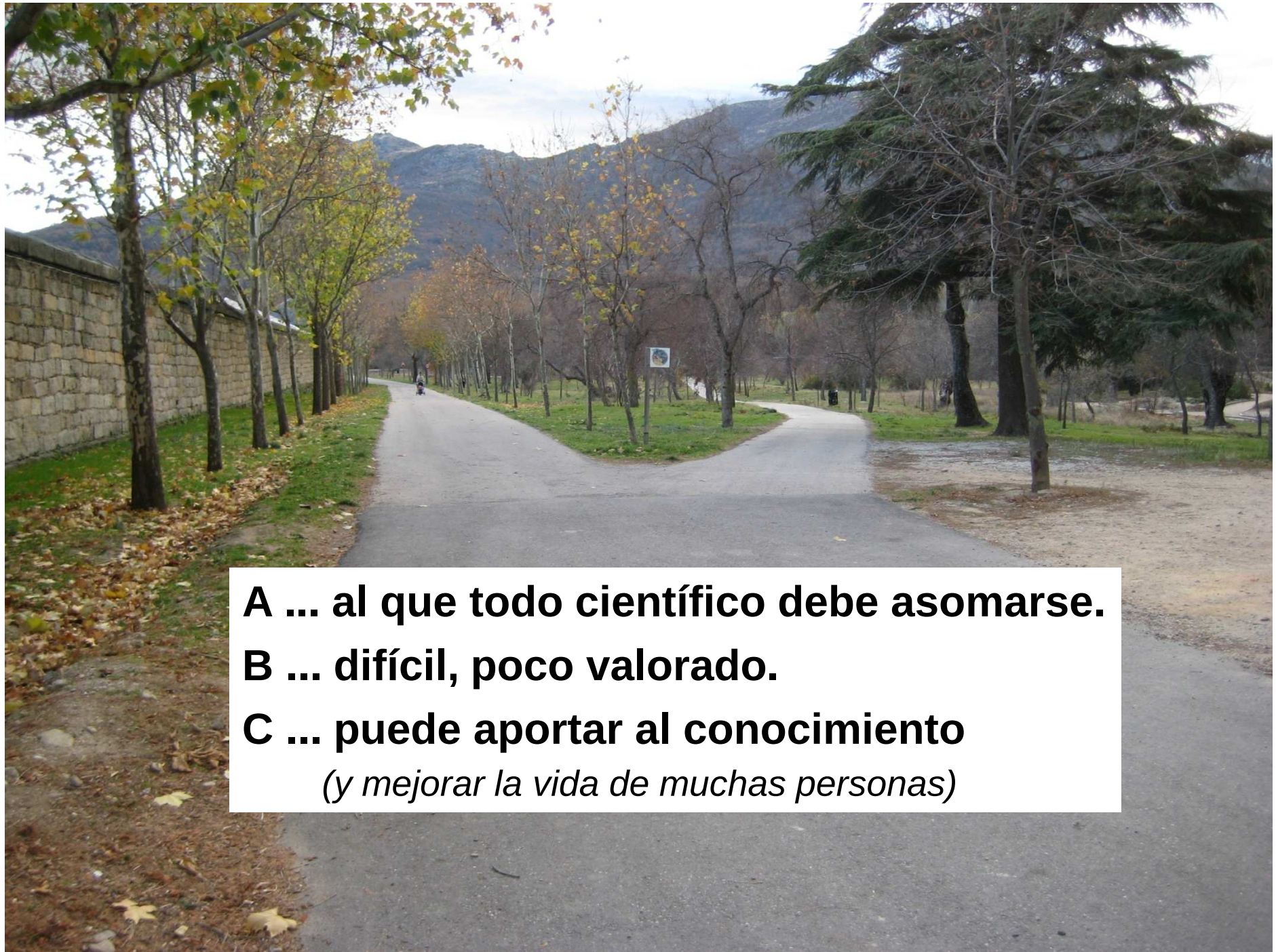


PROGRAMA ... FORMACION



6 Módulos

1. Lectura crítica
2. Diseño de estudios
3. Estadística
4. Publicación
5. Gestión de proyectos
6. Gestión de equipos



A ... al que todo científico debe asomarse.

B ... difícil, poco valorado.

C ... puede aportar al conocimiento
(y mejorar la vida de muchas personas)

Su manuscrito debe aportar algún interés o utilidad a la comunidad científica

Su estudio **solo será tenido en cuenta si ...**

Es claro / comprensible / reproducible

Y ... aporta algo a otros profesionales ...

¿... y a Vd. mismo !



Su manuscrito constituye una carta de identidad frente a su colectivo

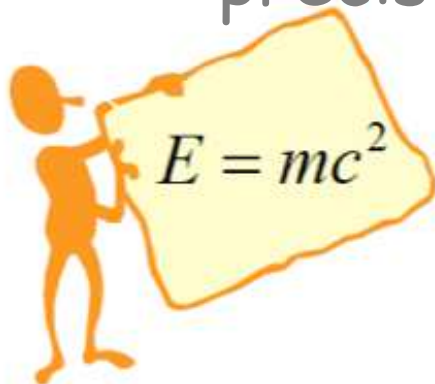
Un buen manuscrito ...

Hace que los lectores capten sus contenidos ... y sus implicaciones ... con facilidad

Importan tanto

... **el contenido** - relevante, de utilidad

... como **la presentación** - lenguaje correcto, claro, preciso, coherente, de facil lectura, ...



Vd. está decidido a publicar ... *¿qué manuscrito va a redactar?*

Artículo original

- Los artículos **fundamentales**; a menudo comunican **investigaciones en su totalidad** con avances significativos

Cartas / Comunicaciones rápidas / Comunicaciones breves

- Usualmente se publican para **comunicar con rapidez y brevedad** de investigaciones u observaciones relevantes (más flexibles y menos estrictos que los "originales")

Revisiones / Perspectivas

- Resumen en su globalidad **temáticas en las que ha habido avances** o cambios significativos; a menudo se redactan bajo invitación.

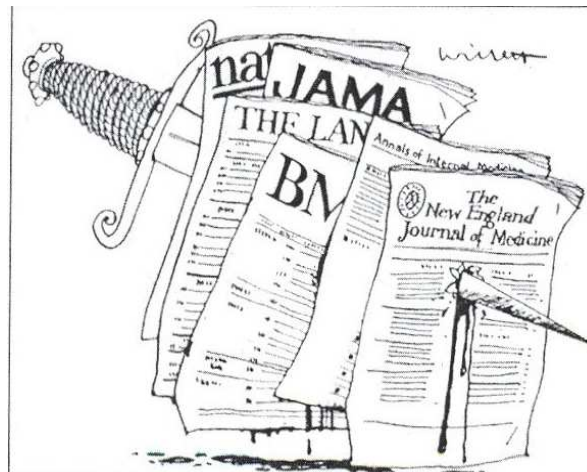
Miscelánea

- Varían con cada revista: editoriales / artículos de posicionamiento
e-imágenes / Humanidades / artículos especiales

¿A quién quiere dirigirse?

- ¿A qué sector de lectores/comunidad científica a quien intenta llegar?
- ¿Qué intenta transmitir que resulte de interés para esa audiencia?
- ¿La temática es de interés local o internacional?

¿A qué revista enviar el manuscrito?



¿Qué influye en la elección de la revista?



Eligiendo la revista

- *¿En que bases de datos “indexadas” figura?*
- *Acceso libre (Open access)*
- *Costes*
- *Prestigio de la revista (factor de impacto; Scimago; ...)*
- *Celeridad en la publicación (procesos editoriales)*
- *Accesibilidad para la comunidad científica “deseada”*

¿A que normas de presentación del manuscrito debo ajustarme?

- ***Instrucciones para los autores: ejemplar impreso; página web de la revista.***
- ***Examine un ejemplar reciente de la revista.***
- *Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals (ICMJE) [www.icmje.org]*
- *CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) [www.consort-statement.org]*

Instrucciones ignoradas con mayor frecuencia

- **Extensión total del manuscrito o de secciones concretas:**

*recuento de palabras;
tipo de hojas, márgenes;
tipo y tamaño de letra;*

- **Referencias bibliográficas:**

*como se incluyen en el texto del manuscrito;
modo de referenciarlas al final del manuscrito en el apartado “Bibliografía”;
número total;*

- **Tablas/figuras:**

*insertadas en el texto en lugar de al final del manuscrito, o
como archivos adjuntos, independientes;*

- **Fotos/figuras:**

*De calidad insuficiente;
formatos no admitidos;*

- **Abreviaturas:**

*Recordar escribirlas como texto completo, seguidas de la abreviatura entre paréntesis,
en la primera ocasión que figuren en el manuscrito;
evitarlas en el “Resumen”;*

La Carta de Presentación

Acto social, de cortesía, de saludo y de presentación inicial.

- *Afróntelo como si fuese una solicitud de trabajo; en el que debe “vender su manuscrito”*
- *Lenguaje correcto*
- *Breve*
- *Educada*

Características generales del manuscrito

- *Título*
- *Sección a la que se dirige*
- *¿por qué merece ser publicado?*
- *¿por qué en la revista a la que se dirige?*
- *Conflictos de intereses*
- *Financiación*

.. tarea en proceso ... vs. manuscrito finalizado

El proceso de redactar el manuscrito - “construyendo” el artículo

- Es un proceso muy personal
- Elegir la manera que se ajuste a sus características

Título & Resumen

Conclusión

Introducción

Métodos

Resultados

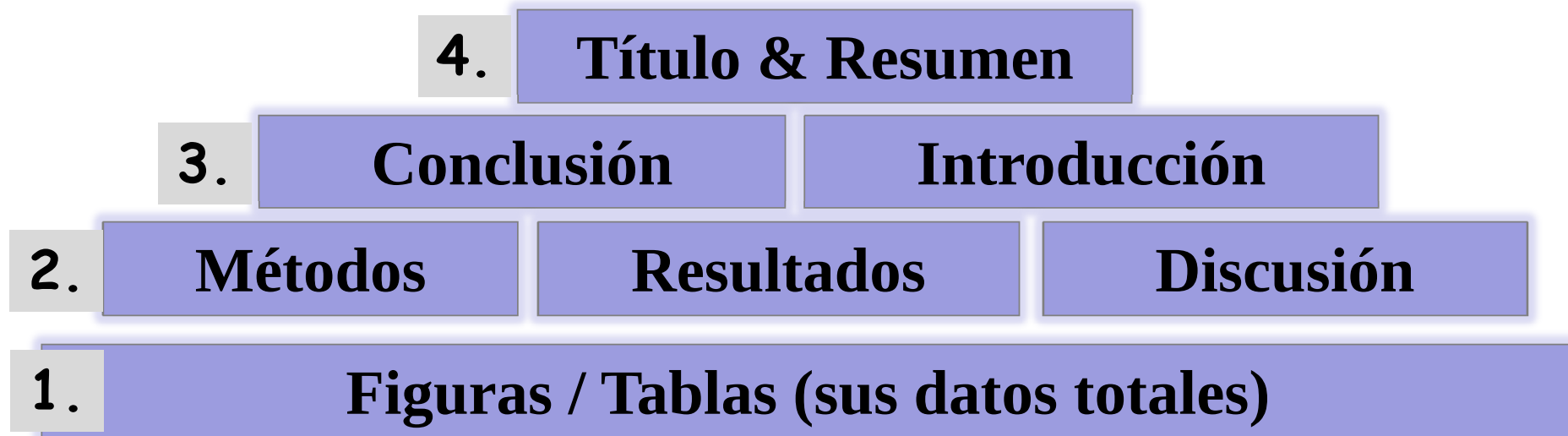
Discusión

Figuras / Tablas (sus datos totales)

.. tarea en proceso ... vs. manuscrito finalizado

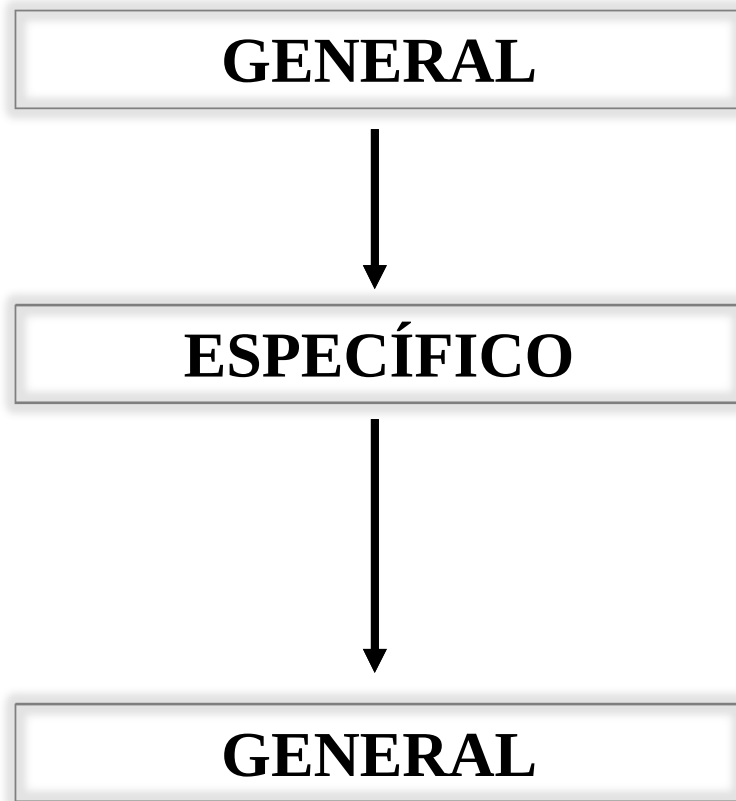
El proceso de redactar el manuscrito - “construyendo” el artículo

- Es un proceso muy personal
- Elegir la manera que se ajuste a sus características



... tarea en proceso ... vs. manuscrito finalizado

Manuscrito definitivo



*Para evitar que su manuscrito sea rechazado,
intente que su presentación sea lo mejor posible...*

- ¡Casi nadie lo logra a la primera! ...
- Escriba, escriba, y re-escriba ...
- Sea autocrítico
- Pregunte a sus colegas ... “feed-back” a considerar

Taller

“Redacción de artículos científicos”

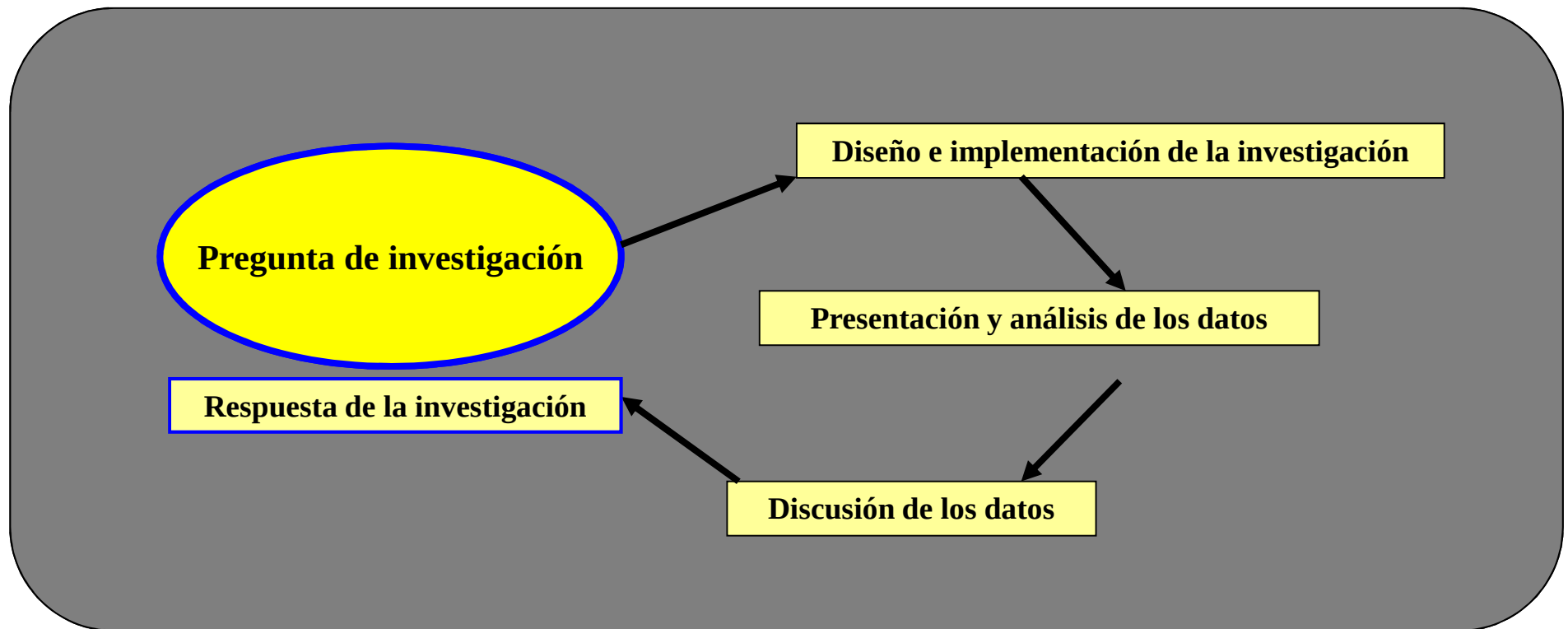
Estructura del manuscrito.

Requisitos de uniformidad de la ICMJE

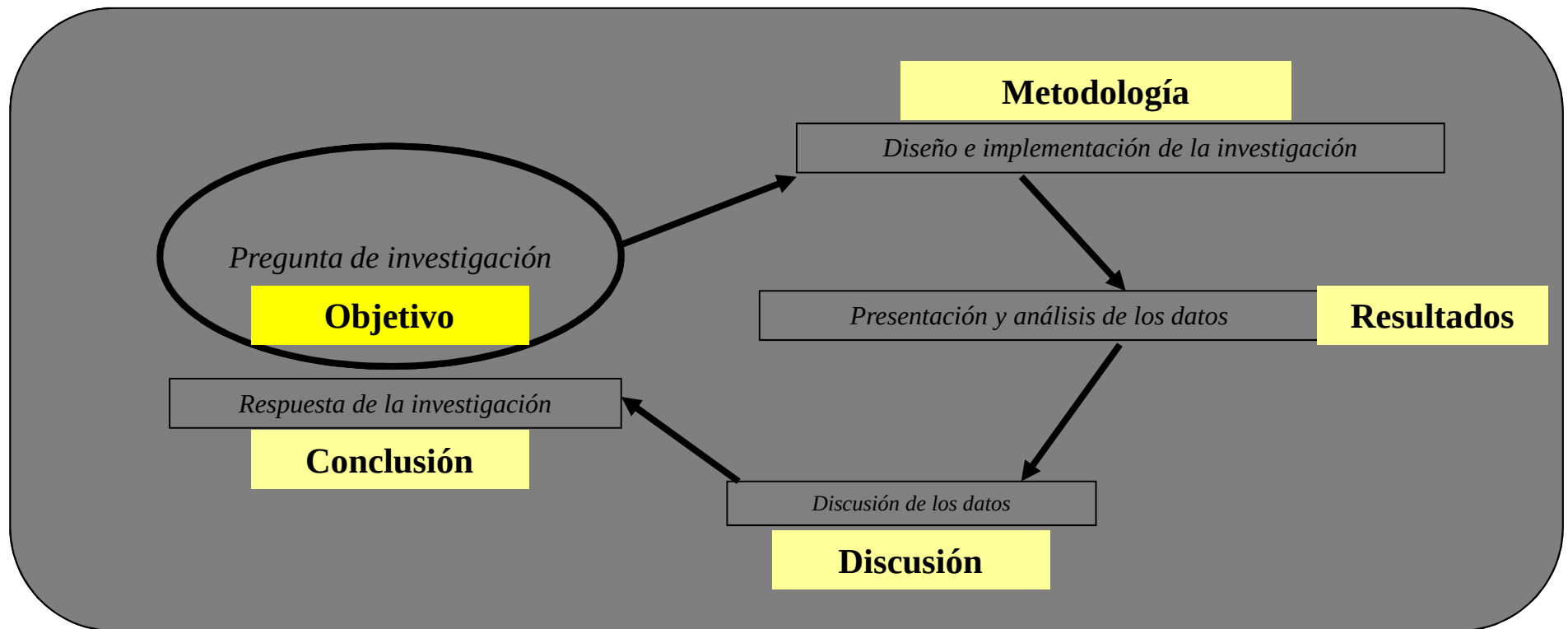
Estructura – Directrices generales

- **Las revistas científicas publican tipos de artículos muy diferentes** (*investigaciones originales, revisiones, comentarios, cartas al editor, casos clínicos, ...*).
- Nos centraremos en los **manuscritos “originales”** (*las comunicaciones breves y muchas cartas al editor se ajustan a una estructura similar, pero con extensiones permitidas más reducidas [1550 palabras versus 3500]*).
- Una vez que disponga de un bosquejo del trabajo a publicar, aunque sea preliminar, debe **elegir la revista y la sección a la que desearía remitirlo** *para adaptar la redacción definitiva a las normas concretas de la revista.*
- **modelo de artículo publicado en la sección y revista elegida.**

¿Como se planeó contestar a la “pregunta de investigación”?



¿Como se planeó contestar a la “pregunta de investigación”?



Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals*

Updated December 2013

Consultado el 16 de noviembre de 2014 en
<http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>

- I. About the Recommendations
 - A. Purpose of the Recommendations
 - B. Who Should Use the Recommendations?
 - C. History of the Recommendations
- II. Roles and Responsibilities of Authors, Contributors, Reviewers, Editors, Publishers, and Owners
 - A. Defining the Role of Authors and Contributors
 - 1. Why Authorship Matters
 - 2. Who Is an Author?
 - 3. Non-Author Contributors
 - B. Author Responsibilities—Conflicts of Interest
 - 1. Participants
 - a. Authors
 - b. Peer Reviewers
 - c. Editors and Journal Staff
 - 2. Reporting Conflicts of Interest
 - C. Responsibilities in the Submission and Peer-Review Process
 - 1. Authors
 - 2. Journals
 - a. Confidentiality
 - b. Timeliness
 - c. Peer Review
 - d. Integrity
 - 3. Peer Reviewers
 - D. Journal Owners and Editorial Freedom
 - 1. Journal Owners
 - 2. Editorial Freedom
 - E. Protection of Research Participants
- III. Publishing and Editorial Issues Related to Publication in Medical Journals
 - A. Corrections and Version Control
 - B. Scientific Misconduct, Expressions of Concern, and Retraction
 - C. Copyright
 - D. Overlapping Publications
 - 1. Duplicate Submission
 - 2. Duplicate Publication
 - 3. Acceptable Secondary Publication
 - 4. Manuscripts Based on the Same Database
 - E. Correspondence
 - F. Supplements, Theme Issues, and Special Series
 - G. Sponsorship of Partnerships
 - H. Electronic Publishing
 - I. Advertising
 - J. Journals and the Media
 - K. Clinical Trial Registration
- IV. Manuscript Preparation and Submission

A. Preparing a Manuscript for Submission to a Med-

El texto de los manuscritos presentando investigaciones originales se suele dividir en:

❖ “Introducción” (“Objetivo”)

❖ “Métodos” (*Pacientes y métodos*)

❖ “Resultados”

❖ “Discusión” (*Conclusión*)

❖ Bibliografía

❖ Tablas y figuras

➤ A menudo se hacen sub-apartados dentro de estas secciones.

domized trials); see <http://equator-network.org>.

* Developed by members of the ICMJE over the period 2011 to 2013.

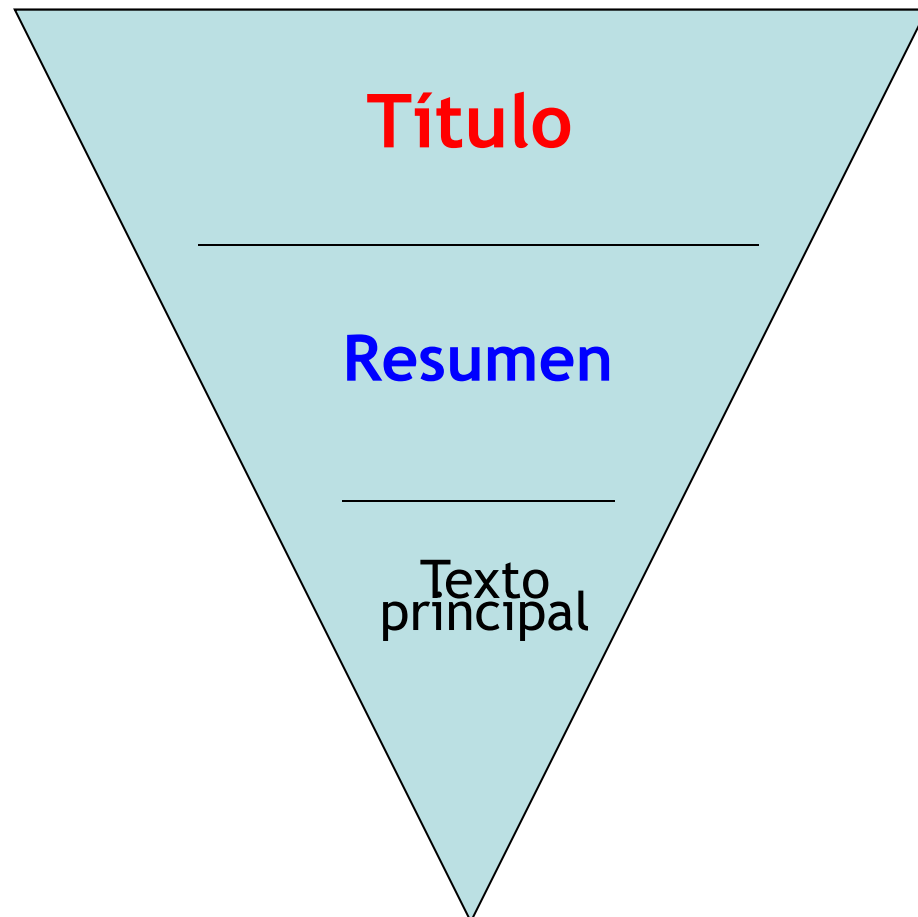
¿Cuál es la sección más importante de un artículo científico? ...

Por sus contenidos:

- *Objetivo*
- *Métodos*
- *Resultados*

Por su « impacto »

- **Título:**
La parte leída con más frecuencia.
Con frecuencia **la única** que se lee.
- **Resumen**



a) **Página del título**

Presenta información general sobre el artículo y sus autores:

- ***Título***
- *Autores*
- *Puestos de trabajo*
- *Criterios de autoría*
- *Correspondencia*
- *Conflictos de interés*
- *Fuentes de financiación*
- *Longitud del manuscrito*
- *Nº de tablas y figuras*

Página del título

Constará de la siguiente información:

- El título que debe describir adecuadamente el contenido del trabajo. Será breve, claro e informativo.
- El nombre y el primer apellido de los autores (o los dos apellidos unidos mediante guión).
- El nombre del (los) departamento(s) y la(s) institución(es) a los que el trabajo debe ser atribuido. No se incluirá el cargo académico o profesional.
- Contará el reconocimiento de cualquier beca o soporte financiero.
- La declaración de la existencia o no de conflictos de intereses de cada uno de los autores. Téngase en cuenta las relaciones financieras que puedan causar conflicto de intereses (ver “Responsabilidades éticas”).
- Se incluirá el nombre completo, número de teléfono y de fax (y correo electrónico, si se dispone) y la dirección postal completa del autor al que se dirige la correspondencia, que será el responsable de la corrección de las pruebas.

La primera página debe presentarse en un archivo separado del resto del manuscrito.

Título

- ✧ **Sección del manuscrito más leída.**
- ✧ **Descripción breve y precisa del contenido del manuscrito.**
- ✧ **Incluir en el título palabras “clave”** *que sean localizables con “sensibilidad” y “especificidad” en los buscadores electrónicos.*
- ✧ **Información sobre algún aspecto en concreto** *(diseño, pacientes, medición principal, ...).*
- ✧ **Evitar los títulos planteados como una pregunta y omitir los hallazgos fundamentales.**
- ✧ **Extensión reducida** *(ajustarse a las normas de cada revista).*

Resumen

- *Después del título es la sección del manuscrito* **más leída.**
- **Breve descripción del manuscrito.**
- *Debe incluir la información más relevante que* **permita comprender el estudio.**
- **Accesibilidad** *en bases de datos informatizadas, por internet, sin coste alguno.*
- *Contiene las* **mismas secciones que el manuscrito,** *excepto la discusión*
(introducción, métodos, resultados y conclusiones)

Resumen y palabras clave:

El resumen estructurado deberá aparecer en la segunda página del manuscrito y será de 250 palabras en el caso de Originales y de 150 en los Originales breves y en los trabajos de la sección Actualización Clínica.

Contará con los siguientes encabezamientos:

- Antecedentes y objetivos:** *expresados brevemente, en una frase cada apartado.*
- Pacientes y métodos:** *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, los criterios de entrada, y el número de los pacientes que comienzan y terminan el estudio. Si es un trabajo experimental se indicará el número y tipo de animales utilizados.*
- Resultados:** *donde se hará constar los resultados más relevantes y significativos del estudio, así como su valoración estadística.*
- Conclusiones:** *se mencionarán las que se sustentan directamente en los datos junto con su aplicabilidad clínica. Habrá que otorgar el mismo énfasis a los hallazgos positivos y a los negativos con similar interés científico.*

A continuación del Resumen se incluirán las palabras clave:

- **de 3 a 10 en total**, con el objetivo de complementar la información contenida en el título y ayudar a identificar el trabajo en las bases de datos bibliográficas.
- Para las palabras clave se deben **emplear términos equivalentes a los obtenidos de la lista de descriptores en ciencias de la salud** (*Medical Subjects Headings, MeSH*) del Index Medicus (disponibles en: www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html).
- Se puede consultar la equivalencia entre los términos en castellano y los correspondientes términos en inglés del MeSH en la dirección www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/meshbrowser.cgi

Abstract y keywords.

- Es una traducción correcta del resumen al inglés.
- Se escribirá en hoja aparte donde también figure el título del trabajo y las palabras clave, ambos igualmente en inglés.

Introducción

- **Presentar el estado actual de la temática** *sobre la que versa su manuscrito, el tipo de problemática que plantea y su relevancia, con brevedad.*
- Especifique la “**pregunta de investigación**”, el **objetivo concreto** del estudio, o la **hipótesis a contrastar**.
- Apoyarse en **pocas citas bibliográficas** *recientes y de la mayor relevancia posible.*
- *No incluya datos o conclusiones derivadas de su estudio*

Introducción.

- Deben mencionarse claramente los objetivos del trabajo y resumir el fundamento del mismo sin revisar extensamente el tema y eliminando recuerdos históricos.
- Citar sólo aquellas referencias estrictamente necesarias.

Métodos

- *Clarificar el “cómo” y “por qué” su estudio fue realizado de una forma concreta.*
- *Debe incluir solo **información planteada en el momento de la planificación** del protocolo de investigación.*
- *Redactarla siempre en “pretérito”.*
- **Sub-apartados:**
 - **Diseño**
 - **Entorno**
 - **Participantes** *(criterios de selección/exclusión y descripción)*
 - *Información técnica*
 - **Intervenciones**
 - **Mediciones** *(primarias y secundarias, forma de obtenerlas, técnicas, fármacos)*
 - **Metodología estadística**

Material y métodos

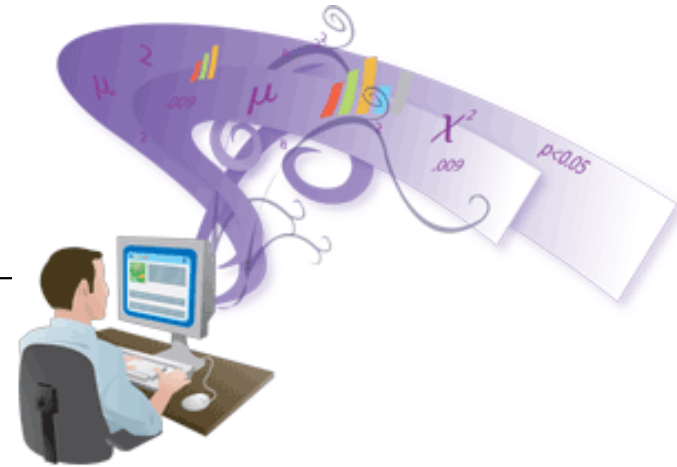
- En este apartado se ha de especificar el lugar, el tiempo y la población del estudio.
- Debe incluir información necesaria acerca del diseño, describir la selección de los sujetos estudiados detallando los métodos, aparatos y procedimientos con suficientes detalles como para que otros investigadores puedan reproducir el estudio.
- Debe indicarse el tipo de análisis estadístico utilizado, precisando el intervalo de confianza.
- Los estudios contarán con los correspondientes experimentos o grupos control; en caso contrario se explicarán las medidas utilizadas para evitar los sesgos y se comentará su posible efecto sobre las conclusiones del estudio.
- Si se trata de una metodología original se explicarán las razones que han conducido a su empleo y se describirán sus posibles limitaciones.
- Alguna información detallada de gran interés **puede incluirse como anexo**.
- Debe hacerse especial mención al seguimiento clínico de los pacientes o animales de investigación, que debe ser lo suficientemente prolongado como para poder evaluar el procedimiento ensayado.
- No deben utilizarse los nombres ni las iniciales de los pacientes.
- Se comunicará el nombre genérico del o de los fármacos utilizados (evitando sus nombres comerciales) así como la dosis administrada y la vía de administración.
- Las **normas éticas seguidas** por los investigadores tanto en estudios en seres humanos como en animales se describirán brevemente.
- Los estudios en seres humanos deben contar con la aprobación expresa del comité local de ética y de ensayos clínicos, y así debe figurar en el manuscrito. (Ver “Responsabilidades éticas”).

a) Estructura del manuscrito

- *Título*
- *Introducción*
- *Métodos*
- *Resultados*
- *Discusión*
- *Conclusiones*
- *Bibliografía*
- *Tablas y Figuras*
- *Material Suplementario*

f) Los revisores

g) Supuestos prácticos



1. Secciones del manuscrito:

e) Resultados

- *Presente sus resultados siguiendo una **secuencia lógica** en el texto, tablas y figuras, facilitando **primero los hallazgos más relevantes**.*
- ***No repita los datos** presentados en las tablas o figuras. Enfatice o resuma en el texto los hallazgos más importantes.*
- *Presente los resultados numéricos como **cifras absolutas** y, si es oportuno, las de las **estimaciones estadísticas** que se deriven y su significación estadística.*

1. Secciones del manuscrito:

e) Resultados

- **Restrinja el nº de tablas/figuras a las precisas** *para explicar/fundamentar el argumento de su manuscrito.*
- **Cite correlativamente**, *según se mencionen en el texto, las tablas o figuras.*
- *Presente* **datos estratificados** (sexo, raza, edad, ...)
- *Evite el uso “no-técnico” de terminología técnica (“randomizar”, “normal”, “significativo”, “correlación”, “muestra”, ...)*
- *Redactarse en* **pretérito.**
- **No discuta los resultados.**

Directrices para la comunicación, según tipo de estudio:

	CONSORT Statement: Transparent reporting of trials	http://www.consort-statement.org/
	STROBE Statement: Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology	http://www.strobe-statement.org/
	PRISMA Statement: Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-Analyses.	http://prisma-statement.org
	STARD Statement: STAndards for the Reporting of Diagnostic accuracy studies	http://www.stard-statement.org/
	EQUATOR Network: STAndards for the Reporting of Diagnostic accuracy studies	www.equator-network.org/home/
	NLM's: Research Reporting Guidelines and Initiatives	www.nlm.nih.gov/services/research_report_guide.html
	SQUIRE: Standards for Quality Improvement Reporting Excellence	http://www.squire-statement.org/



About us



The EQUATOR (Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research) Network is an international initiative that seeks to improve the reliability and value of published health research literature by promoting transparent and accurate reporting and wider use of robust reporting guidelines.

It is the first coordinated attempt to tackle the problems of inadequate reporting systematically and on a global scale; it advances the work done by individual groups over the last 15 years.



Who we are



History of EQUATOR



What we do



EQUATOR publications



Funding and support



Vacancies



Comments we received



Key reporting guidelines

CONSORT	Full Record Checklist Flow Diagram
STROBE	Full Record Checklist
PRISMA	Full Record Checklist Flow Diagram
STARD	Full Record Checklist Flow Diagram
COREQ	Full Record
ENTREQ	Full Record
SQUIRE	Full Record Checklist
CARE	Full Record Checklist
SAMPL	Full Record
SPIRIT	Full Record Checklist

Bienvenido al sitio web de EQUATOR Network, el centro de recursos para la presentación correcta de informes sobre estudios de investigación sanitaria



Es muy frecuente que los datos de una investigación válida se desvirtúen por la baja calidad de los informes.

EQUATOR Network es una iniciativa internacional cuyo objetivo es mejorar la confiabilidad y el valor de la bibliografía de investigación médica por medio de la promoción de prácticas claras y precisas para la presentación de informes sobre estudios de investigación.



Este página es una traducción al español del sitio en inglés en www.equator-network.org

Directrices



[Biblioteca, presentación informes sanitarios](#)

Autores



[Información para autores de informes de investigación](#)

Editores



[Recursos para editores y revisores de revistas](#)

Novedades [Más](#)

OPS-RED EQUATOR Plan de Implementación Abril de 2014

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Red EQUATOR Network se aliaron en 2010 para promover el uso de las Guías para informar sobre investigaciones y mejorar así la precisión, la transparencia y el rigor de la investigación de salud en América Latina y el Caribe.

[Lea la historia completa](#)

Puntos principales

Promueva la correcta presentación de informes

Imprimir pantalla y [folletos](#) EQUATOR

Boletín informativo de EQUATOR (en Inglés)

Nuevas directrices para la presentación de informes, eventos y otras noticias. [Suscríbese ahora.](#)

EQUATOR Network es patrocinada por:



MEDICINA CLÍNICA

www.elsevier.es/medicinaclinica



Artículo especial

Declaración CONSORT 2010: actualización de la lista de comprobación para informar ensayos clínicos aleatorizados de grupos paralelos

CONSORT 2010 Declaration: Updated guideline for reporting parallel group randomised trials

Albert Cobos-Carbó^{a,*} y Federico Augustovski^b

^aUnidad de Bioestadística, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^bInstituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS). Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Tabla 1 CONSORT 2010. Lista de comprobación de la información que hay que incluir al comunicar un ensayo clínico aleatorizado*		
Sección/tema	Ítem n°	Ítem de la lista de comprobación
Título y resumen		
	1a	Identificado como un ensayo aleatorizado en el título
	1b	Resumen estructurado del diseño, métodos, resultados y conclusiones del ensayo (para una orientación específica, véase <i>CONSORT for abstracts</i>)
Introducción		
<i>Antecedentes y objetivos</i>	2a	Antecedentes científicos y justificación
	2b	Objetivos específicos o hipótesis

Métodos			
Diseño del ensayo	3a	Descripción del diseño del ensayo (por ejemplo, paralelo, factorial), incluida la razón de asignación	
	3b	Cambios importantes en los métodos después de iniciar el ensayo (por ejemplo, criterios de selección) y su justificación	
Participantes	4a	Criterios de selección de los participantes	
	4b	Procedencia (centros e instituciones) en que se registraron los datos	
Intervenciones	5	Las intervenciones para cada grupo con detalles suficientes para permitir la replicación, incluidos cómo y cuándo se administraron realmente	
Resultados	6a	Especificación <i>a priori</i> de las variables respuesta (o desenlace) principal(es) y secundarias, incluidos cómo y cuándo se evaluaron	
	6b	Cualquier cambio en las variables respuesta tras el inicio del ensayo, junto con los motivos de la(s) modificación(es)	
Tamaño muestral	7a	Cómo se determinó el tamaño muestral	
	7b	Si corresponde, explicar cualquier análisis intermedio y las reglas de interrupción	
Aleatorización			
Generación de la secuencia	8a	Método utilizado para generar la secuencia de asignación aleatoria	
	8b	Tipo de aleatorización; detalles de cualquier restricción (como bloques y tamaño de los bloques)	
Mecanismo de ocultación de la asignación	9	Mecanismo utilizado para implementar la secuencia de asignación aleatoria (como contenedores numerados de modo secuencial), describiendo los pasos realizados para ocultar la secuencia hasta que se asignaron las intervenciones	
Implementación	10	Quién generó la secuencia de asignación aleatoria, quién seleccionó a los participantes y quién asignó los participantes a las intervenciones	
Enmascaramiento	11a	Si se realizó, a quién se mantuvo cegado después de asignar las intervenciones (por ejemplo, participantes, cuidadores, evaluadores del resultado) y de qué modo	
	11b	Si es relevante, descripción de la similitud de las intervenciones	
Métodos estadísticos	12a	Métodos estadísticos utilizados para comparar los grupos en cuanto a la variable respuesta principal y las secundarias	
	12b	Métodos de análisis adicionales, como análisis de subgrupos y análisis ajustados	

Resultados		
<i>Flujo de participantes (se recomienda encarecidamente un diagrama de flujo)</i>	13a	Para cada grupo, el número de participantes que se asignaron aleatoriamente, que recibieron el tratamiento propuesto y que se incluyeron en el análisis principal
<i>Reclutamiento</i>	13b	Para cada grupo, pérdidas y exclusiones después de la aleatorización, junto con los motivos
	14a	Fechas que definen los períodos de reclutamiento y de seguimiento
	14b	Causa de la finalización o de la interrupción del ensayo
<i>Datos basales</i>	15	Una tabla que muestre las características basales demográficas y clínicas para cada grupo
<i>Números analizados</i>	16	Para cada grupo, número de participantes (denominador) incluidos en cada análisis y si el análisis se basó en los grupos inicialmente asignados
<i>Resultados y estimación</i>	17a	Para cada respuesta o resultado final principal y secundario, los resultados para cada grupo, el tamaño del efecto estimado y su precisión (como intervalo de confianza del 95%)
	17b	Para las respuestas dicotómicas, se recomienda la presentación de los tamaños del efecto tanto absoluto como relativo
<i>Análisis secundarios</i>	18	Resultados de cualquier otro análisis realizado, incluido el análisis de subgrupos y los análisis ajustados, diferenciando entre los especificados <i>a priori</i> y los exploratorios
<i>Daños (perjuicios)</i>	19	Todos los daños (perjuicios) o efectos no intencionados en cada grupo (para una orientación específica, véase <i>CONSORT for harms</i>)
Discusión		
<i>Limitaciones</i>	20	Limitaciones del estudio, abordando las fuentes de posibles sesgos, las de imprecisión y, si procede, la multiplicidad de análisis
<i>Generalización</i>	21	Posibilidad de generalización (validez externa, aplicabilidad) de los hallazgos del ensayo
<i>Interpretación</i>	22	Interpretación consistente con los resultados, con balance de beneficios y daños, y considerando otras evidencias relevantes
Otra información		
<i>Registro</i>	23	Número de registro y nombre del registro de ensayos
<i>Protocolo</i>	24	Dónde puede accederse al protocolo completo del ensayo, si está disponible
<i>Financiación</i>	25	Fuentes de financiación y otras ayudas (como suministro de medicamentos), papel de los financiadores



Ciencia es todo aquello sobre lo cual siempre cabe discusión.

(José Ortega y Gasset)

1. Secciones del manuscrito:

f) Discusión

- **Enfatice los hallazgos de importancia o novedosos.**

¿Qué aporta mi estudio? ¿Cuál es su hallazgo relevante y distintivo?

- **No repita datos** o *informaciones contenidas en otras secciones.*

1. Secciones del manuscrito:

f) Discusión

- “Guión” preestablecido:
 - Resumen de los **hallazgos fundamentales**,
 - Posibles **explicaciones** de los mismos, frente a los de otros estudios relevantes,
 - **limitaciones y fortalezas**,
 - **Implicaciones clínicas**.
 - **Investigaciones futuras** para esclarecer “aspectos en incertidumbre”,
- Diferencie entre **significación estadística e importancia clínica**.
- Se pueden establecer **nuevas hipótesis**, pero identificándolas claramente como tales



Le doy todos los fondos para investigar lo que Ud. quiera... Siempre y cuando llegue a estas conclusiones.

1. Secciones del manuscrito:

f) **Discusión – Conclusiones –**

- Pueden constituir un **apartado específico** o ser parte de la sección “Discusión”.
- En cualquier caso es recomendable redactar un apartado final que resuma los hallazgos principales y las conclusiones de su investigación.
- Evite volver a comentar los resultados incluidos en la discusión.
- **Relacione las conclusiones con la “pregunta de investigación”, plasmada en los “objetivos del estudio”.**
- **Evite las opiniones subjetivas y cualquier conclusión que no se fundamente en los hallazgos de su estudio.**
- Redáctela de forma **concisa** y procure que constituya un **“mensaje para llevar a casa”**, que los lectores recuerden

1. Secciones del manuscrito:

g) Referencias bibliográficas

- *Incluir citas **que apoyen sus afirmaciones y argumentos o cuando se refiera a otro trabajo.***
- *Priorice las referencias a **las investigaciones** originales.*
- *Las citas de **revisiones** son aceptables para la revisión “general” incluida en la “Introducción.*
- ***Evite** incluir un **nº excesivo** de citas (pueden añadirse como “material suplementario”).*

1. Secciones del manuscrito:

g) Referencias bibliográficas

- Evite las citas de:
 - revistas sin “revisión por pares” y la de artículos de opinión
 - “comunicaciones a congresos” (hacerlo entre paréntesis).
 - “comunicaciones personales” (requerir el Vº Bº del autor si lo hace).
- *Deben ser numeradas consecutivamente en el orden en que se mencionan en el texto.*
- *Citar los títulos de las revistas según las **normas de MEDLINE***
(www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals)
- *Seguir las **normas de estilo y formato** del NLM’s International Committee of Medical Journal Editors (**ICMJE**) Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals: Sample References*
(www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html) *detalladas en el NLM’s Citing Medicine, 2nd edition* (www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/).

Tablas

Resultan de gran utilidad para organizar y explicitar grandes cantidades de datos en un espacio reducido.

Los resultados fundamentales pueden ser explicados con más detalle en la sección “Resultados”, pero evite describir exhaustivamente los resultados presentados en las tablas.

- *Deben ser numeradas en el mismo orden en que son citadas en el texto.*
- *Todas las tablas deben ser citadas. Cada tabla debe ir precedida por su numeración y un título que describa con claridad su contenido.*
- *Deben ser comprensibles con su mera lectura, sin recurrir al texto del manuscrito.*
- *Cada fila y cada columna deben ser etiquetadas de forma precisa.*
- *Las abreviaturas utilizadas deben explicitarse en una nota al pie.*
- *Asegúrese de cumplir las normas de la revista referentes a las tablas y figuras.*

Table 1. Demographic, Clinical, and Biologic Characteristics of the Patients According to Treatment Group.*

Variable	Azathioprine Group (N = 58)	Rituximab Group (N = 57)	Total (N = 115)	P Value
Age — yr	56±14	54±13	55±13	0.33
Female sex — no. (%)	30 (52)	20 (35)	50 (43)	0.07
ANCA-associated vasculitis type — no. (%)				0.22
Granulomatosis with polyangiitis (Wegener's)	40 (69)	47 (82)	87 (76)	
Microscopic polyangiitis	15 (26)	8 (14)	23 (20)	
Renal-limited ANCA-associated vasculitis	3 (5)	2 (4)	5 (4)	
Disease status — no. (%)				0.78
Newly diagnosed	47 (81)	45 (79)	92 (80)	
Relapsing	11 (19)	12 (21)	23 (20)	
Organ involvement at diagnosis or last flare — no. (%)				
Ear, nose, and throat	41 (71)	48 (84)	89 (77)	0.08
Pulmonary involvement	38 (66)	33 (58)	71 (62)	0.40
Alveolar hemorrhage	11 (19)†	9 (16)	20 (18)†	0.62
Renal involvement	41 (71)	40 (70)	81 (70)	0.95
GFR — ml/min/1.73 m ²				
At disease flare	53.8±35.4	72.0±46.7	62.9±42.3	0.06
At inclusion	59.4±29.7	68.3±29.3	63.9±29.7	0.08
Neurologic involvement — no. (%)	19 (33)	23 (40)	42 (37)	0.40
Cardiac involvement — no. (%)	15 (26)	10 (18)	25 (22)	0.28
Cutaneous involvement, mucosal involvement, or both — no. (%)	22 (38)	20 (35)	42 (37)	0.75
ANCA-positive at diagnosis or last flare — no. (%)				
Indirect immunofluorescence-labeling pattern	54 (93)	54 (95)	108 (94)	0.99
ELISA	53 (91)	53 (93)	106 (92)	0.99
ANCA-positive at inclusion (remission) — no./total no. (%)‡				
Indirect immunofluorescence labeling pattern	39/56 (70)	29/54 (54)	68/110 (62)	0.08
ELISA	23/53 (43)	26/54 (48)	49/107 (46)	0.62
Induction treatment (until remission or randomization) — mg				
Cumulative cyclophosphamide dose	6901±2395	7291±2290†	7095±2341	0.38
Initial daily prednisone dose at diagnosis or flare	64.8±12.9	67.9±13.1	66.3±13.1	0.20
Daily prednisone dose at remission§	16.3±6.6	18.9±7.7	17.6±7.3	0.06

* Plus-minus values are means ±SD. Categorical data were compared with the use of two-by-two tables or Fisher's exact test; continuous data were analyzed with Student's t-test or the Wilcoxon rank-sum test. ANCA denotes antineutrophil cytoplasm antibody, ELISA enzyme-linked immunosorbent assay, and GFR glomerular filtration rate (calculated according to the Modification of the Diet in Renal Disease equation).

† Data were missing for one patient.

‡ Indirect immunofluorescence data were missing for five patients, and ELISA data were missing for eight patients.

§ For details of prednisone use during the trial, see Figure S6 in the Supplementary Appendix.

Figuras

Muchas de sus modalidades (gráficas, imágenes, diagramas de flujo, ...) pueden resultar de utilidad para dar una imagen visual de sus datos y pueden ser preferibles para mostrar las “tendencias”, y las relaciones entre variables.

- *Deben ser **numeradas en el mismo orden en que se citan en el texto.***
- ***Todas las figuras deben ser citadas.***
- *Elija el tipo adecuado de figura para el tipo de información que desee presentar (p.ej serie temporal, diagrama de “caja y bigotes”, diagrama de barras, tarta, ...).*
- *Tenga **cuidado con los colores elegidos** pues pueden no ser diferenciables en impresiones en blanco y negro, Tenga en cuenta también la posible presencia de daltónicos entre sus lectores (evite los verdes y los rojos y utilice preferentemente el magenta).*
- *Aunque las revistas exclusivamente “on-line” son generosas con el nº de tablas y figuras incluidas, muchas revistas impresas pueden facturarle los costes implícitos a la impresión en color.*

Síndrome metabólico en pacientes con enfermedad arterial periférica



E. Estirado*, C. Lahoz, F. Laguna, F. García-Iglesias, M.T. González-Alegre y J.M. Mostaza

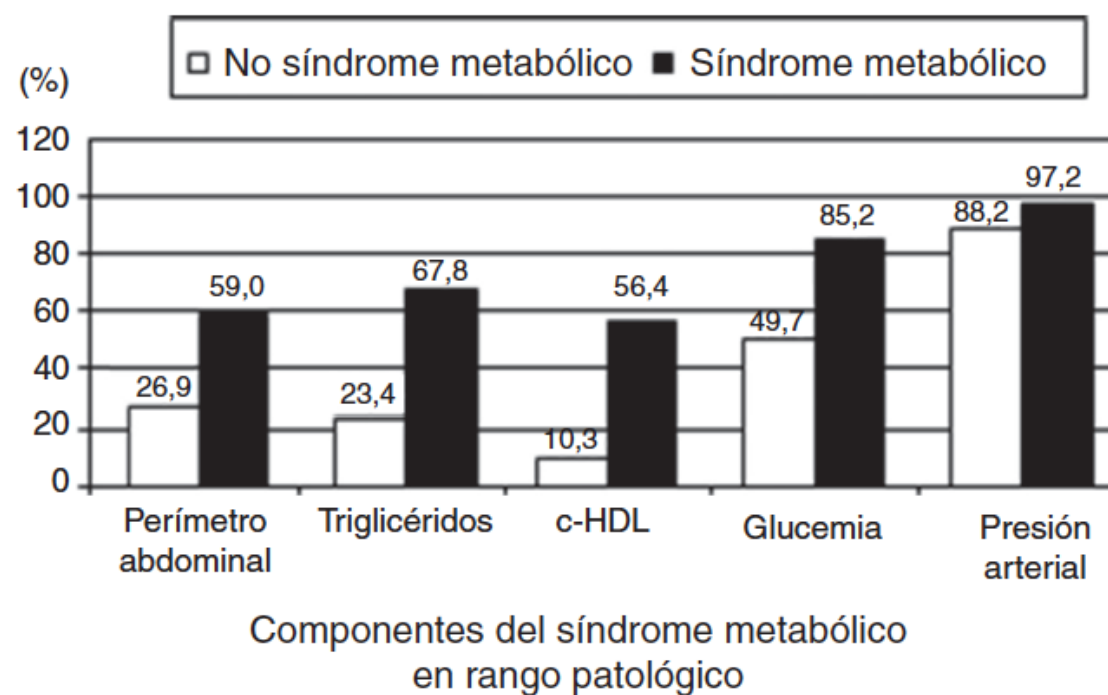


Figura 1 Prevalencia de los 5 componentes del síndrome metabólico en rango patológico en los pacientes con y sin criterios de síndrome metabólico.

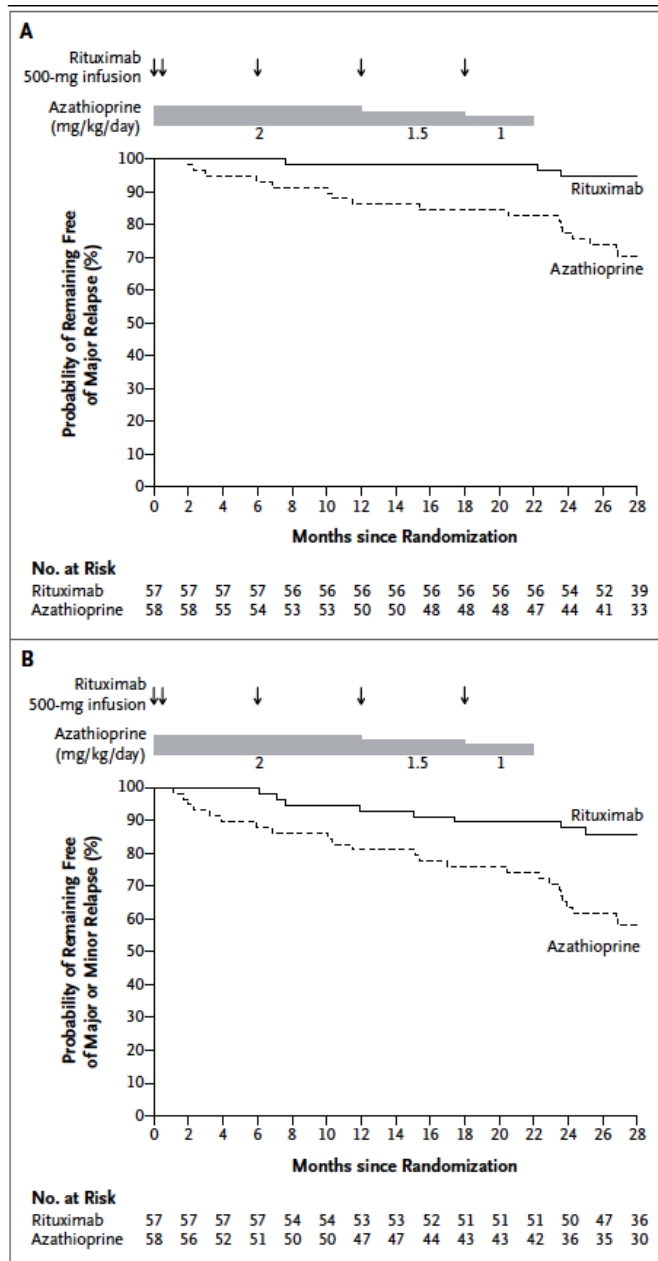
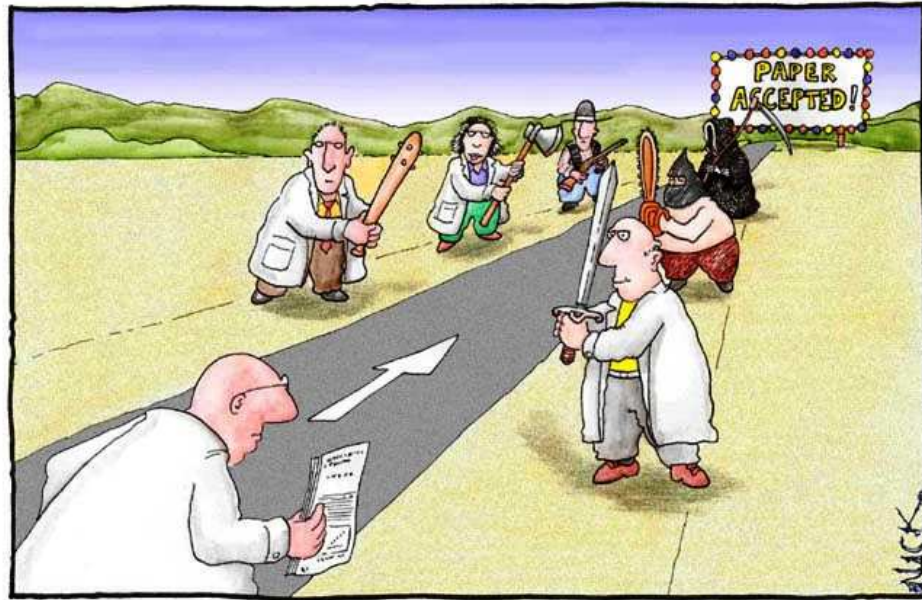


Figure 2. Kaplan–Meier Curves for the Probability of Remaining Free of Relapse According to Treatment Group.

Patients were randomly assigned to receive maintenance therapy with rituximab (500 mg on days 0 and 14 and then months 6, 12, and 18 after the first infusion [arrows]) or azathioprine (2 mg per kilogram per day from month 0 to 12, 1.5 mg per kilogram per day until month 18, then 1 mg per kilogram per day until the last day of month 22 [horizontal gray bars]). Panel A shows the probability of remaining free of major relapse after randomization. The hazard ratio for major relapse for patients in the azathioprine group, as compared with rituximab recipients, was 6.61 (95% CI, 1.56 to 27.96; $P=0.002$). Panel B shows the probability of remaining free of major or minor relapse after randomization. The hazard ratio for major or minor relapse in patients in the azathioprine group, as compared with rituximab recipients, was 3.53 (95% CI, 1.49 to 8.40; $P=0.01$).

La interrelación con los “revisores”

- Conteste al mayor número posible de requerimientos de los revisores.
- Si está en desacuerdo con los revisores, facilite razonadamente sus motivos, y hágalo siempre con educación y respeto.



Tipología de los comentarios

- Diferencias de opinión irreconciliables.
- Petición imposible.
- Petición posible, pero poco o nada práctica.
- Diferencias en la interpretación.
- Petición aceptable.



Contestando a los comentarios de los revisores.

- Conteste “punto por punto”.
- Resalte con claridad los cambios que haya efectuado.
- Conteste de forma breve y ajustándose a la cuestión planteada.
- Conteste a las preguntas de cada revisor en el manuscrito.
 - no únicamente en su respuesta “punto por punto”.

REVISOR 1.

1. En el trabajo no se especifica que porcentaje de pacientes de cada sexo que eran fumadores.

En el grupo control fumaban el 15% de los varones y el 30% de las mujeres. En el grupo que recibió tratamiento fumaban el 17% de los varones y el 27% de las mujeres. Se ha incluido esta información en el primer párrafo de Resultados.

2. En la tabla 3 debería aparecer el valor de la variable x en cada grupo para aumentar su claridad.

En la tabla 3 se ha incluido el valor de la variable x en cada grupo, tal como se nos solicitaba.

REVISOR 2.

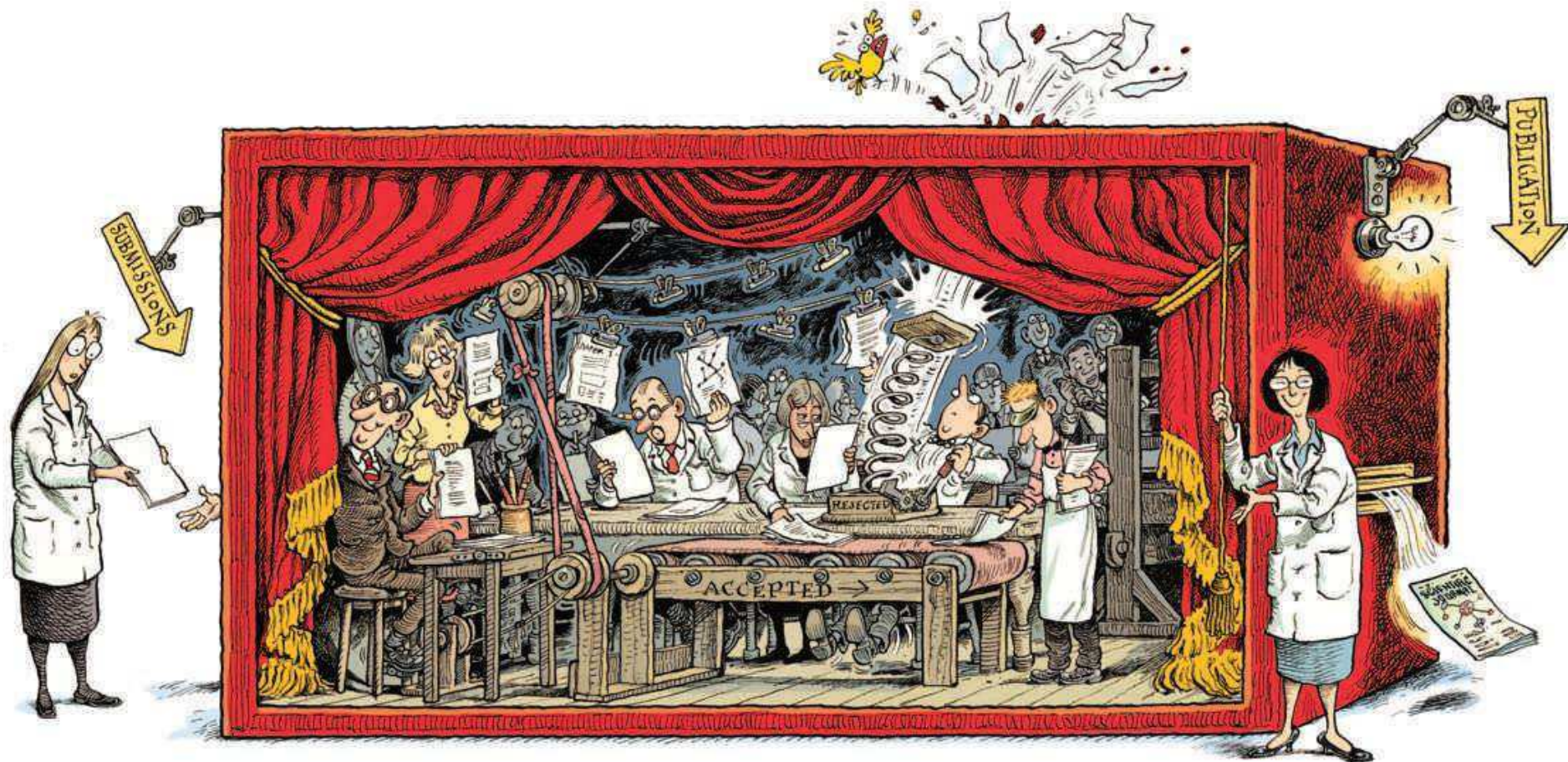
1. La información recogida en el primer párrafo podría expresarse de forma más sencilla en una tabla que expresara las características basales de los dos grupos de estudio.

Hemos recogido los resultados en forma de tabla (tabla 3), tal como se nos ha sugerido.

2. La referencia bibliográfica número 17 está incompleta, falta el año de publicación.

Se ha corregido la referencia número 17 incluyendo el año de publicación (2002).





Ejercicio práctico 1

SPECIAL ARTICLE

The “Gender Gap” in Authorship of Academic Medical Literature — A 35-Year Perspective

ABSTRACT

BACKGROUND

Participation of women in the medical profession has increased during the past four decades, but issues of concern persist regarding disparities between the sexes in academic medicine. Advancement is largely driven by peer-reviewed original research, so we sought to determine the representation of female physician-investigators among the authors of selected publications during the past 35 years.

METHODS

Original articles from six prominent medical journals — the *New England Journal of Medicine* (NEJM), the *Journal of the American Medical Association* (JAMA), the *Annals of Internal Medicine* (Ann Intern Med), the *Annals of Surgery* (Ann Surg), *Obstetrics & Gynecology* (Obstet Gynecol), and the *Journal of Pediatrics* (J Pediatr) — were categorized according to the sex of both the first and the senior (last listed) author. Sex was also determined for the authors of guest editorials in NEJM and JAMA. Data were collected for the years 1970, 1980, 1990, 2000, and 2004. The analysis was restricted to authors from U.S. institutions holding M.D. degrees.

RESULTS

The sex was determined for 98.5 percent of the 7249 U.S. authors of original research with M.D. degrees. The proportion of first authors who were women increased from 5.9 percent in 1970 to 29.3 percent in 2004 ($P < 0.001$), and the proportion of senior authors who were women increased from 3.7 percent to 19.3 percent ($P < 0.001$) during the same period. The proportion of authors who were women increased most sharply in *Obstet Gynecol* (from 6.7 percent of first authors and 6.8 percent of senior authors in 1970 to 40.7 percent of first authors and 28.0 percent of senior authors in 2004) and *J Pediatr* (from 15.0 percent of first authors and 4.3 percent of senior authors in 1970 to 38.9 percent of first authors and 38.0 percent of senior authors in 2004) and remained low in *Ann Surg* (from 2.3 percent of first authors and 0.7 percent of senior authors in 1970 to 16.7 percent of first authors and 6.7 percent of senior authors in 2004). In 2004, 11.4 percent of the authors of guest editorials in *NEJM* and 18.8 percent of the authors of guest editorials in *JAMA* were women.

CONCLUSIONS

Over the past four decades, the proportion of women among both first and senior physician-authors of original research in the United States has significantly increased. Nevertheless, women still compose a minority of the authors of original research and guest editorials in the journals studied.

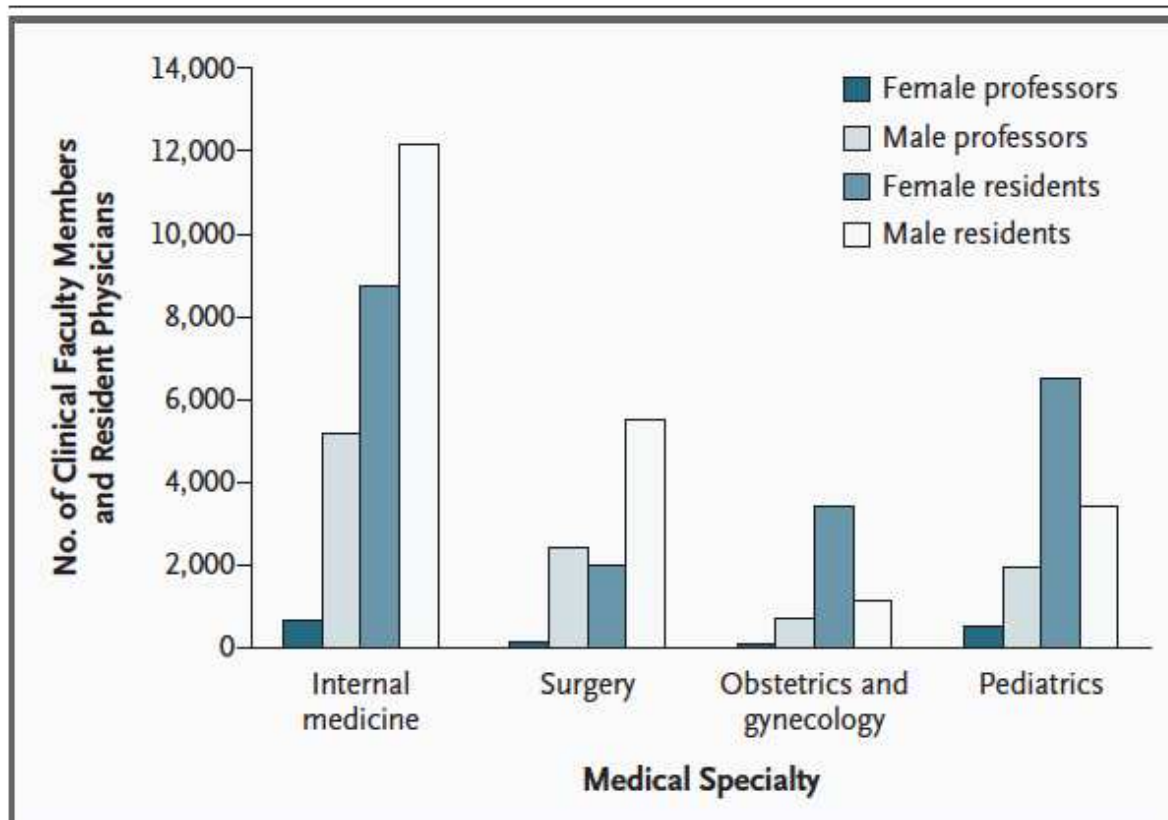


Figure 1. Sex Distribution of Clinical Faculty Members and Resident Physicians in Medical Specialties, 2004.

Data from the Association of American Medical Colleges indicate that a relatively small absolute number of female faculty members serve as professors and role models for the large number of both male and female residents in the main medical specialties.

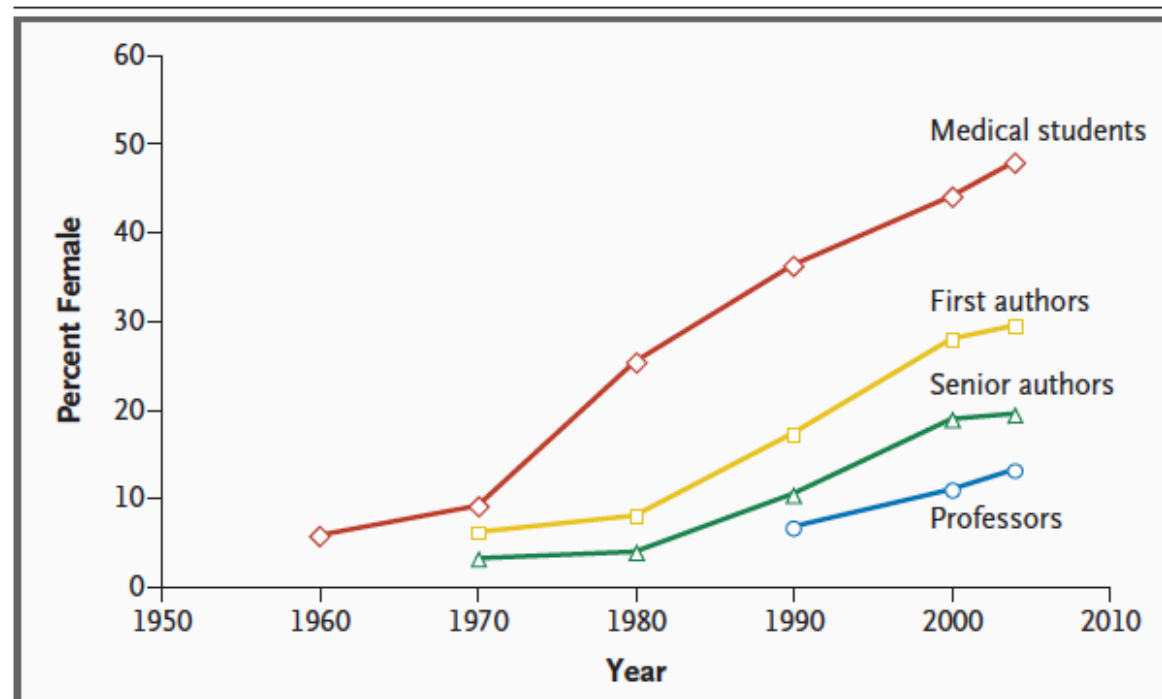


Figure 2. Female Physician-Investigators Who Were First and Senior Authors of Published Original Research.

In the six journals studied, the representation of women among first and senior authors of published original research increased during the past four decades. The cumulative trends over time are depicted by curves showing female representation among students enrolled in medical school and among professors on medical school faculties (data on faculty rank according to sex were not available from the Association of American Medical Colleges for 1980, 1970, or 1960).

Table 1. Representation of Female Physician-Investigators among First and Senior Authors of Published Original Research in Six U.S. Journals.*

Variable	1970	1980	1990	2000	2004	P Value
	<i>number/total number (percent)</i>					
Overall						
First author	58/982 (5.9)	67/810 (8.3)	137/814 (16.8)	169/614 (27.5)	178/607 (29.3)	<0.001
Senior author	29/783 (3.7)	25/692 (3.6)	69/681 (10.1)	106/578 (18.3)	112/580 (19.3)	<0.001
<i>NEJM</i>						
First author	8/188 (4.3)	14/117 (12.0)	23/143 (16.1)	23/110 (20.9)	13/92 (14.1)	<0.001
Senior author	6/153 (3.9)	3/108 (2.8)	11/122 (9.0)	13/106 (12.3)	11/97 (11.3)	<0.001
<i>JAMA</i>						
First author	13/227 (5.7)	7/151 (4.6)	25/125 (20.0)	26/121 (21.5)	30/113 (26.5)	<0.001
Senior author	5/173 (2.9)	3/128 (2.3)	13/102 (12.7)	19/115 (16.5)	16/118 (13.6)	<0.001
<i>Ann Intern Med</i>						
First author	5/107 (4.7)	8/126 (6.3)	13/106 (12.3)	15/44 (34.1)	17/54 (31.5)	<0.001
Senior author	5/93 (5.4)	4/115 (3.5)	4/92 (4.3)	11/43 (25.6)	7/52 (13.5)	0.009
<i>Ann Surg</i>						
First author	4/175 (2.3)	7/168 (4.2)	7/135 (5.2)	13/110 (11.8)	15/90 (16.7)	<0.001
Senior author	1/153 (0.7)	1/149 (0.7)	1/117 (0.9)	2/101 (2.0)	6/89 (6.7)	0.034
<i>Obstet Gynecol</i>						
First author	12/178 (6.7)	13/161 (8.1)	45/227 (19.8)	62/164 (37.8)	61/150 (40.7)	<0.001
Senior author	8/117 (6.8)	6/116 (5.2)	29/185 (15.7)	41/140 (29.3)	37/132 (28.0)	<0.001
<i>J Pediatr</i>						
First author	16/107 (15.0)	18/87 (20.7)	24/78 (30.8)	30/65 (46.2)	42/108 (38.9)	<0.001
Senior author	4/94 (4.3)	8/76 (10.5)	11/63 (17.5)	20/73 (27.4)	35/92 (38.0)	<0.001

* The analysis was restricted to authors from U.S. institutions holding an M.D. degree or equivalent for whom sex could be determined.

Ejercicio práctico 2

**Telangiectasias en esclerodermia:
un potencial marcador clínico
de hipertensión arterial pulmonar**

**Telangiectases in sclerodermia:
a potential clinical marker of pulmonary
arterial hypertension**

Shah AA, Wigley FM, Hummers LK. Telangiectases in sclerodermia: a potential clinical marker of pulmonary arterial hypertension. J Rheumatol. 2010; 37: 98–104.

Objetivo: Sería conveniente disponer de marcadores clínicos capaces de identificar a aquellos pacientes con esclerodermia en riesgo de desarrollar HTA pulmonar (HAP), ya que el tratamiento precoz podría aumentar su supervivencia. En este estudio se evalúa si la presencia de un número elevado de telangiectasias se asocia a la presencia de enfermedad vascular pulmonar.

Métodos: Se trata de un estudio transversal en el que se incluyó a 147 pacientes adultos con esclerodermia. Los pacientes fueron catalogados en función de una escala que valoraba el número de telangiectasias en 11 áreas corporales. En cada área, se asignó una puntuación que fue de 0 cuando estaban ausentes, de 1 si mostraban entre 1–10 telangiectasias, y de 2 si tenían más de 10 telangiectasias. Se realizó un análisis de regresión lineal para evaluar la asociación entre la presión sistólica del ventrículo derecho y la escala de telangiectasias, ajustando por edad, raza, hábito de fumar, subtipo de esclerodermia, duración de la enfermedad, y presencia de autoanticuerpos. Se efectuó un análisis de regresión considerando a la HAP medida por cateterismo como variable dependiente.

Table 1. Baseline characteristics of study participants.

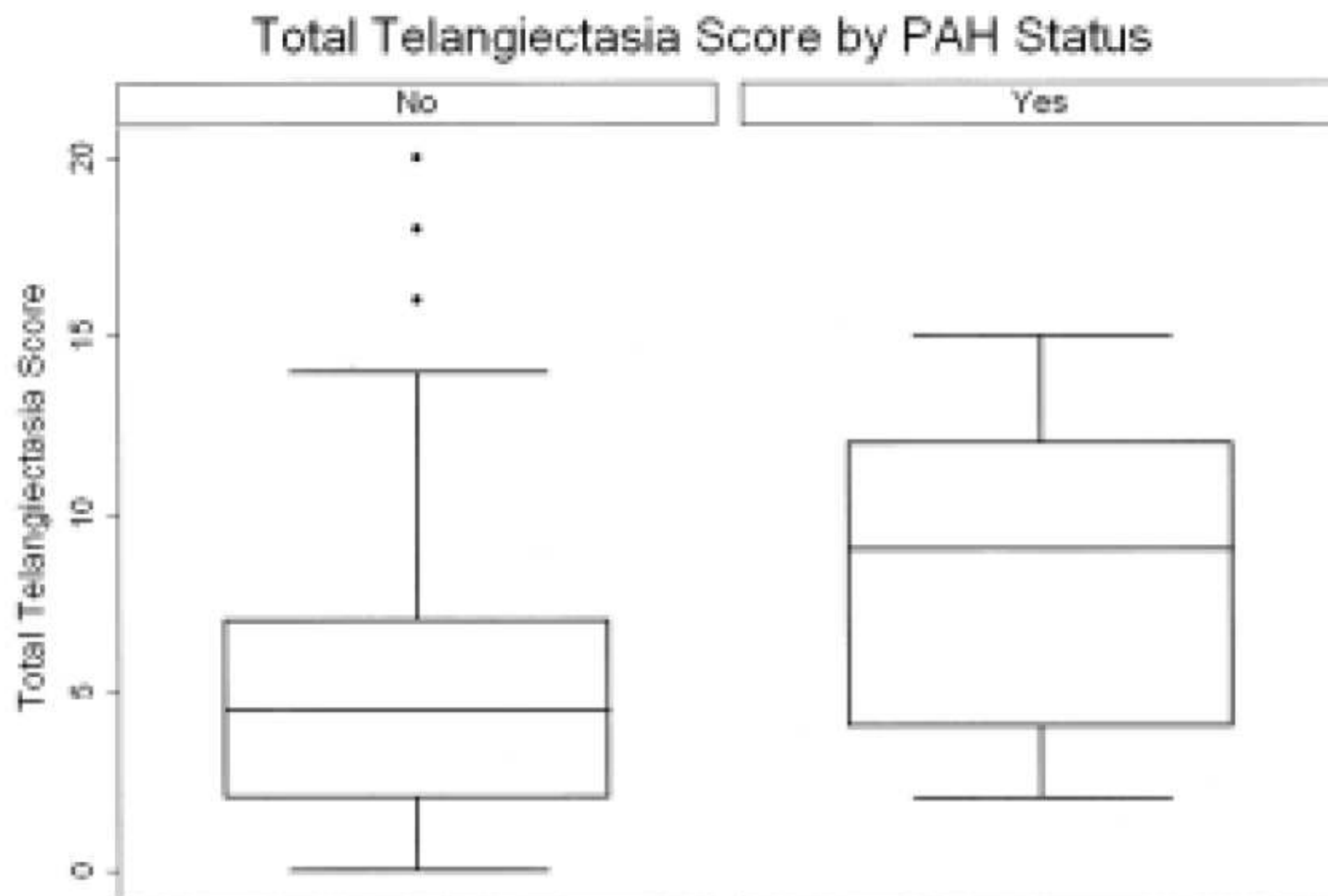
Variables	Telangiectasia Score 0–3, n = 54	Telangiectasia Score 4–7, n = 50	Telangiectasia Score 8+, n = 43	p
Age, yrs, mean (SD)	47.8 (11.1)	57.6 (13.9)	58.5 (12.1)	< 0.0001
Women, no. (%)	47 (87.0)	41 (82.0)	39 (90.7)	0.52
Race, no. (%)				0.007
White	33 (61.1)	37 (74.0)	39 (90.7)	
African American	16 (29.6)	9 (18.0)	3 (7.0)	
Asian	5 (9.3)	2 (4.0)	0 (0)	
Other	0 (0)	2 (4.0)	1 (2.3)	
Scleroderma classification, no. (%)				0.19
Limited	28 (51.9)	29 (58.0)	30 (69.8)	
Diffuse	26 (48.1)	21 (42.0)	13 (30.2)	
Disease duration, yrs, mean (SD)	6.2 (5.5)	8.4 (5.2)	14.6 (10.9)	< 0.0001
Smoking, no. (%)				0.03
Never	36 (66.7)	25 (50.0)	18 (41.8)	
Former	10 (18.5)	21 (42.0)	19 (44.2)	
Current	8 (14.8)	4 (8.0)	6 (14.0)	
Vascular disease, no. (%)				
Peripheral vascular disease	1 (1.9)	3 (6.0)	0 (0)	0.21
Coronary artery disease	2 (3.7)	7 (14.0)	4 (9.3)	0.18
Atherosclerotic CVD	0 (0)	0 (0)	1 (2.3)	0.29
Hypertension	8 (14.8)	14 (28.0)	11 (25.6)	0.22
Renal disease, no. (%)	3 (5.6)	5 (10.0)	7 (16.3)	0.23
FVC (% predicted), mean (SD), n = 143	73.8 (20.5)	74.2 (17.9)	73.5 (21.2)	0.98
Autoantibody status, no. (%)				
Centromere, n = 146	6 (11.1)	13 (26.0)	13 (31.0)	0.04
Scl-70, n = 146	17 (31.5)	8 (16.0)	6 (14.3)	0.08
Ribonucleoprotein, n = 142	8 (15.1)	6 (12.5)	1 (2.4)	0.11
Medication use, no. (%)				
Calcium channel blocker	28 (51.9)	26 (52.0)	24 (55.8)	0.94
Phosphodiesterase inhibitor	1 (1.9)	3 (6.0)	12 (27.9)	< 0.001
Endothelin antagonist	4 (7.4)	2 (4.0)	3 (7.0)	0.76
Prostacyclin	1 (1.9)	1 (2.0)	3 (7.0)	0.44
Antiplatelet	10 (18.5)	15 (30.0)	14 (32.6)	0.24
Anticoagulation	1 (1.9)	6 (12.0)	5 (11.6)	0.07
ACE inhibitor or ARB	20 (37.0)	15 (30.0)	29 (44.2)	0.37
Statin	11 (20.4)	14 (28.0)	10 (23.3)	0.65

CVD: cerebrovascular disease; FVC: forced vital capacity; Scl: scleroderma; ACE: angiotensin-converting enzyme, ARB: angiotensin receptor blocker.

Table 2. Mean RVSP and DLCO by tertile of telangiectasia score.

Variables	Telangiectasia Score 0–3, n = 54	Telangiectasia Score 4–7, n = 50	Telangiectasia Score 8+, n = 43	p
RVSP, mean (SD)	34.4 (8.8)	38.1 (15.6)	48.1 (25.4)	0.0007
DLCO, mean (SD)	69.8 (26.0)	70.6 (25.9)	61.9 (27.8)	0.24

RVSP: right ventricular systolic pressure; DLCO: diffusion capacity.



Graphs by PAH on Echocardiogram (RVSP $\geq$ 45 mmHg) or Right Heart Catheterization

Figure 4. Total telangiectasia score by pulmonary arterial hypertension (PAH) status. PAH is defined as either an estimated right ventricular systolic pressure (RVSP) $\geq$ 45 mm Hg or right-heart catheterization–confirmed PAH.

