



## XXVI CONGRESO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN MEDICINA

# MEMORIAS



22 al 24  
de Septiembre de 2011,  
CINTERMEX,  
Facultad de Medicina, UANL  
MTY, N.L., Mex.

Búsqueda de Resumen de trabajo libre por autor principal

BUSCAR

© Derechos Reservados Facultad de Medicina UANL 2011



UANL



Facultad de Medicina, UANL



**XXVI CONGRESO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN MEDICINA**

[Inicio](#)

[Regresar](#)

Inicio / Autores / Dr. med. Eloy Cárdenas Estrada

**CALCULO Y ANALISIS DE CURVAS ROC EN AMBIENTE EXCEL, MICROSOFT (R)**

**Introducción y Objetivos.**

Las Curvas "ROC" tiene su origen en la segunda guerra mundial como un método de toma de decisiones para discriminar características o señales verdaderas de señales falsas en las ondas de radio o de radar y de ahí su nombre que es un acrónimo de Receiver Operating Characteristic, o Característica Operativa del Receptor. En los años setenta y ochenta Barbara J. McNeil publica su aplicación en el área médica donde grafica la Sensibilidad contra (1-Especificidad) lo que equivale a las características: Fracción de Verdaderos Positivos (FVP) contra Fracción de los Falsos Positivos (FFP). Posteriormente, autores como J.A. Swets y Tom Fawcett han descrito su aplicación en la Medicina Bas siendo en la actualidad una herramienta generalizada de la Bioestadística y Epidemiología. Un espacio en la curva ROC se define por las coordenadas de los ejes "x", FFP (Eje de las Abscisas) y el eje "y", FVP (Eje de las Ordenadas). Uno de los valores más utilizados en el análisis de una curva ROC es el área bajo la curva (ABC) que se puede interpretar como la probabilidad de que se tome una decisión de una instancia positiva elegida aleatoriamente más alta que una negativa. El objetivo de este trabajo fue el desarrollar en una hoja de cálculo Excel Microsoft®, una plantilla para el cálculo y análisis de Curvas ROC: Área Bajo la Curva (ABC), el Punto de Corte (PdeC)

**Material y Métodos.**

En una hoja de cálculo Excel Microsoft® se utiliza la relación del Índice de Gini con el Área Bajo la Curva (ABC):

$$G_1 + 1 = 2 \times ABC, \text{ donde: } G_1 = 1 - \sum_{k=1}^n (X_{\{k\}} - X_{\{k-1\}}) (Y_{\{k\}} + Y_{\{k-1\}}).$$

Un punto en la pendiente de la Curva ROC se puede calcular mediante el método de máxima verosimilitud o analizando los polígonos de los puntos. La pendiente del primer tramo (la tangente del ángulo), es decir el cateto opuesto (Sensibilidad) dividido por el contiguo (1-Especificidad) es primer punto de corte. En forma análoga se calcula para cada segmento de la curva su punto de corte. Se escriben en las casillas o celdas de la hoja de cálculo los algoritmos para realizar los cálculos de manera itinerante.

**Resultados y Conclusiones.**

Se provee al investigador de una herramienta de bioestadística de Medicina Basada en Evidencia en un formato Excel Microsoft (R), de gran accesibilidad como ayuda en la toma de

**CATEGORÍA**

Tecnología

**COAUTORES**

- Dr. Norma Guadalupe López Cabrera
- Dr. med. Carlos Eduardo Medina De La Garza
- Dr. C. Blanca Rocío Rangel Colmenero
- M.C. Erasmo Maldonado Maldonado
- M.C. Cipriano Martínez Martínez
- Dr. med. Eloy Cárdenas Montemayor

**TIPO DE PRESENTACIÓN**

Cartel

[Inicio](#)

[Regresar](#)



XXVI CONGRESO NACIONAL  
DE INVESTIGACIÓN EN MEDICINA

Inicio / Autores / Dr. med. Eloy Cárdenas Estrada

**EVALUACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE INGRESO A HOSPITALES EN EL AREA METROPOLITANA DE MONTERREY**

**Introducción y Objetivos.**

En 1979 Beauchamp y J. F. Childress establecen los cuatro principios de la Bioética: a) Autonomía, b) No Maleficencia, c) Beneficiencia y d) Justicia

Por Autonomía se reconoce el derecho de cada persona a decidir sobre su persona y deberá respetarse a menos que se tenga limitada la capacidad de autonomía, como es el caso de personas en estado de coma, enfermedades o estados alterados mentales, menores de edad. El consentimiento informado es el garante de la autonomía ya que establece los derechos y deberes de los participantes en diversas actividades como estudios de investigación, tratamientos médicos, programas de entrenamiento. El Consentimiento informado nace del llamado Código de Nuremberg de 1946, en el que se hace mandatorio la aceptación propia, o en su caso por tutores, de la participación en un tratamiento médico o en una investigación

No Maleficencia (Primum non nocere, "primero no hacer daño"). Tiene como fin prevenir que se haga daño a la dignidad, derecho o salud de una persona a pesar de tener una meta o fin de obtener un bien. Se valora en forma conjunta con el principio de Beneficiencia. El llamado Juramento de Hipócrates (siglo V a.c.) es el primer documento que registra en forma específica el no causar daño al paciente y buscar su bienestar. La Declaración de Helsinki, derivada de la 18ª Asamblea Mundial de Medicina estableció las bases de estos dos principios.

El objetivo de esta investigación fue el evaluar el consentimiento informado de ingreso a hospital en cuanto a su sustento jurídico así como el número de términos médicos sin definición suficiente

**Material y Métodos.**

Se analizaron un total de 8 consentimientos informados o autorización del paciente a su ingreso a Hospital tanto de instituciones públicas como privadas; se contabilizaron el número de términos médicos no definidos en forma suficiente. Esta investigación fue aprobada por el Comité de Bioética del CIDCS.

**Resultados y Conclusiones.**

6 de los 8 (75%) de los consentimientos informados presentaron un deficiente sustento jurídico ya que mencionan por su número, artículos en la Ley General de Salud que en realidad pertenecen al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. . Los instrumentos de Consentimiento Informado o autorización para ingreso a hospital deben ser redactados por personal con capacitación en

**CATEGORÍA**

Bioética

**COAUTORES**

Dr. med. Carlos Eduardo Medina De La Garza  
Dr. Norma Guadalupe López Cabrera  
Lic. Mayra Leticia Hernández Mendoza  
Dr. Carlos Edgardo Reyes Martínez  
Dr. C. Blanca Rocío Rangel Colmenero  
M.C. Erasmo Maldonado Maldonado  
Dr. med. Eloy Cárdenas Montemayor

**TIPO DE PRESENTACIÓN**

Cartel

[Inicio](#)[Regresar](#)

XXVI CONGRESO NACIONAL  
DE INVESTIGACIÓN EN MEDICINA

[Inicio](#) / [Autores](#) / [Dr. med. Eloy Cárdenas Estrada](#)

## MEDICIONES DE ANTROPOMETRÍA, RAPIDEZ DE CARRERA Y VELOCIDAD DE LANZAMIENTO EN TALENTOS DE BEISBOL MEXICANOS

### Introducción y Objetivos.

El Béisbol en México se remonta al año de 1877 disputándose las ciudades de Guaymas, Sonora y Nuevo Laredo, Tamaulipas el lugar donde por vez primera se practicó este deporte en nuestro país.

En Nuevo León se practicó béisbol en la ciudad de Cadereyta de Jiménez en el año 1889, dos años después de la formación del Mexicano Club en la capital. En 1925 y 1945 se formaron las ligas profesionales de este deporte: Liga Mexicana de Béisbol y Liga del Pacífico, respectivamente. Su desarrollo hasta la actualidad ha dado lugar a la creación de la Academia de Beisbol donde a talentos deportivos se les capacita y entrena en instalaciones de concentración para 250 seleccionados durante períodos de 3 a 5 meses.

El Objetivo de esta investigación fue el determinar el perfil antropométrico así como la medición de la capacidad aeróbica a través de una prueba de rapidez así como la velocidad de lanzamiento de deportistas seleccionados como talentos deportivos a su ingreso a la Academia de Beisbol

### Material y Métodos.

A 50 deportistas con edad de Edad promedio de  $17.64 \pm 1.68$  años; Estatura  $177.48 \pm 6.03$ ; Peso  $80.76 \pm 12.77$  Kg, se les calculó los componentes de Endomorfia, Mesomorfia y Ectomorfia según el método de Heath y Carter así como el porcentaje de masa grasa, masa magra y masa residual. Para la Rapidez de carrera se tomó una distancia de 54.864m 60 yardas y la velocidad de lanzamiento fue medida con radar. Tanto la prueba de rapidez como velocidad de lanzamiento fueron efectuadas por personal profesional de la Academia

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Organización Deportiva

### Resultados y Conclusiones.

Endomorfia  $3.69 \pm 1.31$ ; Mesomorfia  $3.41 \pm 1.38$ ; Ectomorfia  $1.72 \pm 1.13$ . Rapidez de carrera: Lanzadores tiempo, 7.79 segundos, 7.05 m/seg. Receptores, tiempo 7.68 segundos, rapidez 7.15 m/seg. Velocidad de lanzamiento: Lanzadores, 128.9 Km/h (80.11 millas/hora) Receptores 118.6 Km/hora (73.70 millas/ hora).

Los datos antropométricos corresponden a individuos sin una preparación especial deportiva. Receptores alcanzan una mayor rapidez de carrera y presentan menor velocidad de lanzamiento de pelota en comparación con los lanzadores

### CATEGORÍA

Medicina Del Deporte Y  
Rehabilitación

### COAUTORES

Dr. med. Carlos Eduardo  
Medina De La Garza  
Dr. med. Gerardo Muñoz  
Maldonado  
Dr. med. Oscar De La Garza  
Castro  
Dra. Norma Guadalupe López  
Cabrera  
Dr.C. Blanca Rocío Rangel  
Colmenero  
MC Erasmo Maldonado  
Maldonado  
Dr. med. Eloy Cárdenas  
Montemayor

### TIPO DE PRESENTACIÓN

Cartel

[Inicio](#)[Regresar](#)