Colegio de Anestesiología Pediátrica A. C.

Anestesiología Pediátrica a la Vanguardia
INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y NUEVAS REALIDADES

CONCURSO E-PÓSTER
Casos Clínicos y Protocolos de Investigación en Anestesiología Pediátrica

Invitación
El Colegio de Anestesiología Pediátrica A.C., extiende la más cordial invitación y convoca a todos los médicos residentes,anestesiólogos, anestesiólogos con subespecialidad o con cursos de alta especialidad relacionados con la anestesiología, así como a investigadores clínicos con líneas relacionadas a la práctica de la anestesiología pediátrica; a participar en el:

CONCURSO DE PRESENTACIÓN DE E-PÓSTER

Modalidad: Caso Clínico y/o Protocolo de Investicación.
Sede: Centro de Convenciones, Hotel Real de Minas Polifórum, León, GTO.
Fecha: Del 17 al 19 de septiembre del 2025

Bases

1. Médicos residentes: proporcionar sede de inscripción. Médicos especialistas o subespecialistas: proporcionar cédula profesional.
2. Se podrá presentar E-Poster en modalidad de Caso Clínico o modalidad de E-Poster de Investigación.
3. No se presentarán trabajos que hayan sido presentados en otros eventos académicos; si el trabajo ha sido publicado, el presentador deberá ser el autor. Deberán ser temas relacionados con anestesiología pediátrica.
4. Enviar resumen de trabajo libre al correo electrónico: anestesio.pedia.cientifico19@gmail.com
5. Al menos uno de los autores debe de estar inscrito en el congreso. *Adjuntar No. de Registro*
6. Fecha de recepción de los resúmenes: del 25 de junio al 29 de agosto.
7. Resolución de aceptación o rechazo: cinco días hábiles posteriores a la recepción del trabajo, mediante correo electrónico.
8. El evento será presencial, se notificará por correo electrónico la hora y fecha de presentación el día 8 de septiembre de 2025.
9. Se anunciará a los ganadores durante la ceremonia de clausura.

Especificaciones generales

1. Enviar resumen de trabajo libre en documento de Word, donde se incluyan datos del autor (nombre completo, hospital en que labora o realiza su residencia, teléfono, correo electrónico); así como el nombre de la persona que lo expondrá.
2. Verificar cuidadosamente ortografía y redacción.
3. Conflicto de intereses: los autores deberán anotar al final del resumen si contaron con patrocinio para su trabajo, ya sea gubernamental o comercial.
4. Los trabajos solo pueden ser registrados una vez.
5. No se registrarán los trabajos que no cumplan con todos los requisitos solicitados en esta convocatoria.
6. El Comité Científico tiene la facultad de aceptar o rechazar los trabajos considerando su originalidad, metodología, relevancia y coherencia en la información presentada.
7. Deberá contar con un consentimiento informado, autorizado por los padres y/o tutores del paciente.
8. En caso de no ser aceptado el trabajo enviado, se le hará llegar un correo electrónico con una breve explicación por parte del Comité Científico y jurado participante. Las situaciones y asuntos no previstos en la presente convocatoria se resolverán a través del Comité Científico y si fuera necesario se solicitará la intervención de la Mesa Directiva y el Comité de Ética.

Características del resumen

1. El título debe de ser breve.
2. Nombre de los autores: usando letras mayúsculas y minúsculas, empezando por el apellido paterno, materno y nombre(s). Deberá acotar con números progresivos la institución o procedencia de cada autor.
3. El autor de un trabajo sólo podrá participar en otros trabajos como coautor.
4. Tipografía: Arial en numero 11 (autores en 8 a 10); espacio 1.5, estilo de negritas para resaltar las partes del resumen.

5. El resumen debe de contener como máximo 700 palabras sin contar título, autores, institución o referencias bibliográficas, con la siguiente estructura:
    - Caso clínico: Introducción, Descripción (clara y breve), Manejo anestésico, Discusión, Conclusiones y Referencias bibliográficas recientes (citar un mínimo de 3 y máximo de 5), en formato Vancouver.
    - Investigación: Introducción, Metodología, Resultados, Discusión y Conclusiones y Referencias bibliográficas (un mínimo de 6 citas y máximo de 8), en formato Vancouver.
6. Utilice mayúsculas y minúsculas. Evite abreviaturas
7. Las medidas en que deben de presentar su E-Poster son de 90cm de ancho y 120 cm de alto (formato digital).
8. Se contará con pantallas en las que se podrá presentar el E-Póster; se recomienda incluir videos u otro material audiovisual con alusión al tema dentro del mismo documento.

Comité de Evaluación

1. El jurado está integrado por varios evaluadores nacionales e internacionales, además del Comité Coordinador; quienes serán encargados de calificar resúmenes enviados y E-Póster.
2. Los evaluadores recibirán los resúmenes y asignarán una puntuación de acuerdo con las “Hojas de evaluación de trabajos de investigación y casos clínicos”, tras la presentación de su E-Póster. **Tiempo de presentación: hasta 10 minutos.**
3. La calificación definitiva de cada trabajo se integrará por la suma de cada punto de la “Hoja de evaluación” de cada jurado.
4. Dentro de los puntos se evaluará: estructura de la presentación, contenido, grado de significancia y dominio del tema presentado.
5. El Comité Organizador del Congreso dará reconocimiento y premio durante la clausura (con nombre de autor y coautores según el caso), a los tres mejores trabajos presentados en cada categoría: Trabajo de investigación clínica y Caso Clínico.
6. Los resultados emitidos por el jurado serán inapelables.
7. Ante cualquier duda sobre la presente convocatoria, favor de enviarla para su resolución al correo antes citado.

Colegio de Anestesiología Pediátrica A. C.

ANEXO I

Ejemplo de formato para carta consentimiento y asentimiento informados
El presente documento deberá ser llenado por alguno de los padres o tutores del menor **(menores hasta los 7 años)**

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación en salud

- Lugar y fecha:
- No.de registro *(en caso de contar)*:
- Título del estudio:
- Justificación y objetivo de la investigación:

_____
_____
_____
_____

- Procedimientos y duración de la investigación:

_____
_____
_____
_____

- Riesgos, molestias y/o posibles complicaciones:

_____
_____
_____
_____

- Beneficios que recibirá al participar en la investigación:

_____
_____
_____
_____

- Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

_____
_____
_____
_____

Participación o retiro:
Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin que ello afecte su atención médica.

Privacidad y confidencialidad:
Los datos personales y médicos serán tratados con estricta confidencialidad. Sólo el equipo investigador tendrá acceso a ellos. La información obtenida será utilizada exclusivamente con fines científicos.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con la investigación podrá dirigirse a:

- Investigadora o Investigador Responsable:
- Teléfono y horario:

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:

Declaración de consentimiento:

- Con la firma del presente documento acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.
- Con la firma del presente documento acepto que a mi familiar o representado se le tomen los datos y resultados del presente estudio y/o estudios derivados futuros.

Se conservarán los datos y/o resultados hasta por 5 años.

Nombre y firma del familiar o tutor legal del menor

Nombre y firma del testigo No.1

Nombre y firma del testigo No.2

NEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, niego el consentimiento para que sea practicado en mi familiar o representado, el presente protocolo de investigación, consciente de que he sido informado de las implicaciones de mi negativa.

Nombre y firma del familiar o tutor legal del menor

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, revoco el consentimiento otorgado en la fecha _____, y es de mi deseo no proseguir con la participación de mi familiar o representado a partir de la fecha _____, relevando de toda responsabilidad al investigador, una vez que he entendido los alcances que conlleva esta revocación.

Nombre y firma del familiar o tutor legal del menor

FIN ANEXO I

ANEXO II

Ejemplo de formato para carta consentimiento y asentimiento informados
El presente documento deberá ser llenado por alguno de los padres o tutores del menor y ser leído en voz alta al paciente menor de edad, el cuál deberá de expresar afirmativamente que entiende lo que se le está explicando y solicitando.

(menores de 8 a 17 años)

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación en salud

- Lugar y fecha :
- No.de registro *(en caso de contar)*:
- Título del protocolo :
- Objetivo de la investigación y procedimientos :

_____
_____
_____
_____

Hola, mi nombre es _____. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de _____ _____ y para ello queremos pedirte que nos apoye.

Su participación en el estudio consistiría en:

_____
_____
_____
_____

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu tutor legal hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no

habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco hay inconveniente.

Esta información será confidencial, esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. (Si se les proporcionará información a los padres, favor de mencionarlo en la carta)

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (x) en el cuadro de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre. Si no quieres participar, marca con una (x) en el cuadro correspondiente.

☐ **Sí quiero participar** ☐ **No quiero participar**

Nombre del menor:

Nombre y firma del tutor legal que da concentimiento.

FIN DEL ANEXO II