



Acta Ortopédica Mexicana
Información e instrucciones para los autores
COMITÉ EDITORIAL*

1) Políticas editoriales Generales.

- *Acta Ortopédica Mexicana (La Revista)* recibe todos manuscritos originales e inéditos que contribuyan a enriquecer el conocimiento y desarrollo de la ortopedia y traumatología musculoesquelética provenientes de todas las fuentes y todos los países. También recibe manuscritos enviados por autores con especialidades o materias relacionadas con la Ortopedia. El Editor en Jefe se reserva el derecho de someter el manuscrito a revisión, definir la pertinencia, su aceptación o rechazo según el consenso del Comité y/o Consejo Editorial.
- *La Revista* tiene una política general incontrovertible de revisión por pares anónima.
- Los artículos publicados y sus ilustraciones son exclusivos de *La Revista* que es propietaria de los derechos de copia (Copyright).
- *La Revista* recibe para publicar artículos que representen la epidemiología, el desarrollo técnico y científico, las innovaciones, los logros y el pensamiento de la Ortopedia y Traumatología de las instituciones, hospitales y países donde se genera el artículo.
- Las opiniones, criterios, manifestaciones y resultados de los estudios, investigaciones o comunicaciones publicadas por *La Revista* son responsabilidad absoluta de los autores firmantes y de ninguna manera representan una posición o respaldo oficial del *La Revista* ni del *Colegio Mexicano de Ortopedia y Traumatología*.

- El Editor en Jefe de **La Revista** puede solicitar datos adicionales relacionados con el trabajo a publicar, en estos casos, los autores deben proporcionar a **La Revista** los datos disponibles para su revisión de una manera oportuna.
- En los casos donde se haga mención de un producto con marca registrada, solo se permite la mención de la marca una sola vez, las menciones subsecuentes acerca del producto deberán hacerse por su nombre genérico (Ejemplo: implante, fijador, clavo, etc.) o por el nombre de la sal (en el caso de sustancias farmacológicas).
- En ocasiones, los autores o los revisores pueden tener conflictos por algún tipo de interés con respecto al tema del manuscrito. En tales circunstancias, todos los escritos se someterán al Editor en Jefe y en ciertos casos al Consejo Editorial, quienes no deberán tener ningún interés conocido con respecto del tema. Cualquiera de éstos tomará la decisión final con respecto a la aceptación o el rechazo de los manuscritos.

2) Aspectos éticos.

- Todos los manuscritos que involucren seres humanos, deberán incluir una declaración en la que se especifique que los individuos involucrados otorgaron un **consentimiento informado** para participar en el estudio y que el protocolo o proyecto ha sido **aprobado por un comité examinador** ético y científico institucional o por uno similar en el sitio donde se efectuó el estudio. La declaración debe incluir la expresa aceptación de los involucrados en el artículo, que los datos relacionados con la investigación pueden ser publicados en **La Revista**. Todos los estudios se deben realizar conforme a los acuerdos adoptados por las asociaciones médicas mundiales plasmadas en la declaración de Helsinki publicada en *JAMA 2000;284:3043-5*.¹
- Debe protegerse la confidencialidad del paciente y de los datos proporcionados por éste. Se recomienda apegarse a los estándares del Código de Ética Médica del Colegio Mexicano de Ortopedia <http://www.smo.edu.mx>,² del “Acta de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos Norteamericanos” [*U.S. Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)*]. <http://www.hippa.org/>³ o por normatividades similares en cada país.
- Todos los manuscritos que involucran experimentos en animales, deben incluir una declaración por el autor de que el estudio ha sido aprobado por un comité de regulación para la utilización de

animales o por una estructura sucedánea en cada institución o país. La declaración debe expresar que hubo supervisión para el adecuado trato y buen manejo del sufrimiento de los animales.

3) Envío del manuscrito a *La Revista*.

Cuando envíe un artículo para su evaluación editorial, incluya las siguientes secciones:

3.1 Hoja Frontal: En una hoja independiente del resto del artículo, mencione el título del manuscrito y los nombres de los autores en el orden en el cual deben aparecer, con las acreditaciones académicas o profesionales que desee se publiquen. Proporcione el domicilio electrónico (e-mail) de cada participante. En el caso del autor principal, señale también los números de teléfono, fax y domicilios postal y electrónico.

3.2 Manuscrito anónimo: *La Revista* tiene una política de revisión por pares anónima; por lo tanto, el manuscrito que se envíe para someterlo a evaluación editorial **no debe contener ninguna mención de los nombres de los autores, sus iniciales, ni de la institución, servicio o país en el cual fue hecho el estudio**. El encabezado del cuerpo del escrito puede incluir título, pero no los nombres de los autores, ya que éstos se encuentran referidos en la hoja frontal. Serán devueltos los manuscritos que no cumplan con esta política de anonimato.

3.3 Aprobación de los Comités de Investigación en cada institución o país (CI): *La Revista* requiere una copia de la carta que concede la aprobación del estudio o reporte por el CI. En caso que aplique, también deberá incluirse otra carta del Comité para la Utilización de Animales de Experimentación. Si no existen estos comités, debe obtenerse una aprobación por un comité externo a la institución o país donde se llevó a cabo la investigación o de un similar sustituto.

3.4 Cesión de derechos y acuerdos con el Autor: Los escritos médicos que aparecen en *La Revista* están cubiertos por derechos de copia (Copyright). Todos los autores deben firmar una carta en que manifiestan estar de acuerdo en ceder los derechos de copia del manuscrito a *La Revista*. El texto de la carta debe incluir el título del manuscrito, los nombres y firmas de cada autor. Esta carta de cesión de derechos se enviará al autor en el momento del registro del trabajo y debe ser regresada por correo, por fax o en formato "pdf" vía internet a las oficinas de *La Revista*.

3.5 Conflicto de intereses: Todos los autores, deben firmar una declaración de que no existe ningún conflicto de intereses en el momento que se envía el manuscrito o el artículo a *La Revista*. El autor o autores deben tener la seguridad que esta declaración no influye en la decisión editorial

para publicar o no el artículo, ya que el fallo siempre se basará en el valor intrínseco que represente el artículo para los lectores. Se requiere que la declaración esté firmada por cada autor. No se publicará ningún artículo hasta que la forma de conflicto de intereses se haya incorporado al expediente del manuscrito en la oficina de **La Revista**. Las declaraciones vertidas por el autor o autores acompañarán al artículo publicado. Las formas requeridas se pueden encontrar en <http://www.smo.edu.mx>, en el apartado de “REVISTA, ACTA ORTOPEDICA MEXICANA”

4) Preparación del manuscrito original.

Para la preparación de un manuscrito, los autores deben, seguir las recomendaciones generales hechas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, en octubre de 2008 (www.icmje.org),⁴ en general reconocidas como “estilo Vancouver”.

5) Contenido del manuscrito original.

El cuerpo del manuscrito debe estar escrito a doble espacio, con letra Times New Roman de 12 puntos con márgenes de 2.5 x 2.5 mm por los cuatro lados. Las páginas deben contener un máximo de 4000 palabras y cada sección debe comenzar en una hoja por separado. Al final deben incluirse los anexos (tablas, cuadros, y figuras con sus listas de títulos y pies). Las páginas deben numerarse secuencialmente.

El artículo debe incluir:

5.1 Un **resumen estructurado** de no más de 250 palabras, que incluya cinco párrafos, con los encabezados: *Antecedentes* (que indica cuál es la pregunta primaria de la investigación), *Métodos*, *resultados*, *conclusiones* y *Nivel de la evidencia* (para los artículos clínicos) o *Importancia clínica* (para los artículos de ciencia básica). Para la sección de *Nivel de evidencia*, describa el tipo de estudio y asigne el nivel de evidencia que clasifica a la pregunta primaria de la investigación, según los criterios en la siguiente tabla:

Tabla 1

Niveles de evidencia para preguntas de investigación primaria ¹				
Tipos de estudios				
	<ul style="list-style-type: none"> Estudios terapéuticos - Investigan los resultados de los estudios 	<ul style="list-style-type: none"> Estudios pronósticos - Investigan el efecto de las características de un paciente sobre los resultados de la enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> Estudios de diagnóstico - Investigan una prueba diagnóstica. 	<ul style="list-style-type: none"> Economía y análisis de decisión - Desarrollan un modelo económico de decisión
Nivel 1	<ul style="list-style-type: none"> Ensayo controlado seleccionado al azar de alta calidad, con diferencia estadísticamente significativa o ninguna diferencia estadísticamente significativa, pero con intervalos de confianza estrechos. Revisión sistemática² o ensayos controlados Nivel-I seleccionados al azar (cuando los resultados del estudio sean homogéneos³) 	<ul style="list-style-type: none"> Estudio prospectivo de alta calidad⁴ (todos los pacientes fueron enrolados en el mismo punto de la enfermedad con seguimiento del 80% de los pacientes listados) Revisión sistemática² de estudios Nivel-I 	<ul style="list-style-type: none"> Prueba de criterios de diagnóstico previamente desarrollados en series consecutivas de pacientes (con aplicación de referencias con estándar de "oro" universales) Revisión sistemática² de estudios Nivel-1 	<ul style="list-style-type: none"> Costos y alternativas sensibles; valores obtenidos de muchos estudios; análisis de sensibilidad multivariados (multiway) Revisión sistemática² de estudios Nivel-I
Nivel II	<ul style="list-style-type: none"> Estudio controlado seleccionado al azar, de poca calidad (ej.: 80 % de seguimiento, no cegado o con inadecuada selección al azar. Estudio prospectivo⁴ comparativo⁵ Revisión sistemática² de estudios del Nivel-II, o de estudios Nivel-I con resultados contradictorios. 	<ul style="list-style-type: none"> Estudio retrospectivo⁶ Controles no tratados de un estudio controlado seleccionados al azar Estudio prospectivo de poca calidad (Ej.: Pacientes enrolados en diferentes estadios de su enfermedad o < del 80 % de seguimiento). Revisión sistemática² de Nivel II de estudios. 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de criterios diagnósticos con base a pacientes consecutivos (Con aplicación a referencias con estándar de "oro" universales) Revisión sistemática² de estudios Nivel II. 	<ul style="list-style-type: none"> Costos y alternativas sensibles; valores obtenidos de estudios limitados; análisis de sensibilidad multivariados (multiway) Revisión sistemática² de estudios Nivel II.
Nivel III	<ul style="list-style-type: none"> Estudios de casos control⁷ Estudio retrospectivo⁶ comparativo⁵ Revisión sistemática² de estudios Nivel III 	<ul style="list-style-type: none"> Estudios de casos control⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> Estudios de pacientes no consecutivos (sin estándar de "oro" constantemente aplicado) Revisión Sistemática² de Estudios Nivel III. 	<ul style="list-style-type: none"> Análisis basados en alternativas y costes limitados; estimaciones pobres Revisión Sistemática² de Estudios Nivel III.
Nivel IV	<ul style="list-style-type: none"> Serie de casos⁸ 	<ul style="list-style-type: none"> Serie de casos⁸ 	<ul style="list-style-type: none"> Estudios casos control Estándar de pobre referencia 	<ul style="list-style-type: none"> Ningún análisis de sensibilidad
Nivel V	<ul style="list-style-type: none"> Opinión de expertos 	<ul style="list-style-type: none"> Opinión de expertos 	<ul style="list-style-type: none"> Opinión de expertos 	<ul style="list-style-type: none"> Opinión de expertos

1. Hacen una evaluación completa de la calidad de estudios mediante la valoración crítica de todos sus aspectos de diseño.
2. Estudian la combinación de resultados a partir dos o más estudios anteriores.
3. Los estudios proporcionan resultados consistentes.
4. El estudio fue comenzado antes de que se enrolara al primer paciente.
5. Se refiera pacientes tratados de una forma comparada contra los que se trataron otra manera (Ejemplo: una artroplastia de cadera cementada vs. una artroplastia de cadera no cementada) en una misma institución.
6. El estudio fue empezado después de que se enroló al primer paciente.
7. Compara a pacientes con base a sus resultados. Los denominados "casos" (Ej.: artroplastia total de cadera total fallida), se comparan con los denominados "controles" que no tienen los mismos resultados (Ej.: artroplastia total de cadera exitosa).
8. Pacientes tratados de una forma sin un grupo de comparación con pacientes tratados de otra manera.

Esta tabla fue adaptada por JBS del material publicado por el centro para la Medicina Basada en Evidencias, Oxford, Reino Unido. Para más información por favor vea <http://www.cebm.net/>.⁵

5.2 Introducción: Indique el problema que indujo el estudio, incluyendo una revisión sucinta de la literatura relevante. Muestre la hipótesis o el propósito del estudio. Es preferible que se haga en forma de una pregunta que describa las características del estudio, de la población o de la muestra estudiadas y la medición de los resultados primarios.

5.3 Materiales y métodos: Describa en detalle el diseño del estudio usando términos metodológicos estándar tales como: estudio de cohortes, retrospectivo o prospectivo, ensayo prospectivo aleatorizado, casos-control, transversal o longitudinal, etc. Los reportes de estudios como los ensayos controlados aleatorizados [randomized controlled trials (RCTs)] deben seguir la lista de cotejo desarrollada por el grupo del CONSORT (<http://www.consort-statement.org>), publicado en *JAMA* 2001; 285: 1987-91.⁶ Los estudios observacionales como reportes de cohortes (reporting cohort), casos-control (case-control studies) y estudios transversales (cross-sectional studies) deben adaptarse al formato sugerido por el panel ESTROBE (<http://www.strobe-statement.org>).⁷ La publicación de metanálisis debe adaptarse a los criterios de QUORUM, que se encuentran disponibles en http://www.consortstatement.org/mod_product/uploads/QUORUM%20Statement%201999.pdf.⁸ Es deseable que los ensayos clínicos se inscriban en un registro público o institucional de ensayos en la Institución o el país donde se realizó el estudio y se proporcione a **La Revista** el nombre del registro, número del mismo y país o Institución donde se registró. Todos los diseños de estudios deben incluir información sobre la muestra que contengan: cómo fue tomada, cómo se identifican los criterios de inclusión, exclusión y eliminación y cómo se calculó el tamaño de la muestra; debe indicarse si fue tomada a discreción o si fue estimada con una base estadística. Las revisiones sistemáticas (*Systematic reviews*) y los metanálisis (*Metha-anaysis*) deben incluir una descripción de las fuentes de datos usadas para el estudio y los métodos empleados para su selección. La extracción de datos y la síntesis de los mismos deben describirse en una forma sucinta, pero con el suficiente detalle para que pueda replicarse el abordaje general empleado. Describa al final de la sección de material y métodos, bajo título "*Fuente del financiamiento*", si hubo una fuente de financiamiento para el estudio, si no la hubo o si la fuente de financiamiento desempeñó o no algún papel en los resultados de la investigación.

5.4 Métodos estadísticos: Los métodos deben describirse con detalle, hacer un particular énfasis en la estrategia utilizada para analizar los datos. También deben describirse prolijamente las justificaciones para el uso de estrategias estadísticas complejas. Es importante identificar cualquier tipo de presunción sobre los datos que son implícitos a la estrategia estadística. Cuando analice datos categóricos, utilice métodos exactos siempre que le sea posible. Cuando se asume que la variable de interés no tiene una distribución normal, utilice métodos de análisis no paramétricos. Reporte los resultados con tanta precisión como le sea posible. En general deben utilizarse los métodos sugeridos en Bailar JC III y

Mosteller F. (Guías para la divulgación estadística en los artículos para las revistas médicas: ampliaciones y explicaciones. *Ann. Inter. Med.* 1988; 108:266-73).⁹

5.5 Cuando el resultado de la hipótesis declara que “no se encontró ninguna diferencia significativa entre dos grupos”, debe acompañarse de un valor que describa la fuerza del estudio para detectar un error tipo II (*Designing Clinical Research*, eds. Stephen Hulley, Steven Cummings, 1988, Williams y Wilkins, Baltimore pp 128-49).¹⁰ Para apoyar cualquier circunstancia que indique una diferencia significativa, se requiere que se enuncien los valores de p. Los Meta-análisis deben incluir una descripción de cómo se colectaron los datos y los detalles de los análisis de sensibilidad que fueron realizados. Se requiere el noventa y cinco por ciento de intervalo de confianza para cualquier estimación que aparezca en el texto o los gráficos. El uso de la palabra “*correlación*” requiere que se haga mención del coeficiente de correlación. No mencione o identifique ningún software estadístico, a menos que un cierto aspecto del análisis fuera únicamente dependiente en ese paquete de software en particular. **La Revista** estimula que siempre que sea posible se utilicen instrumentos de validación de resultados. Las escalas novedosas de medición solo deben usarse si se juzga que las escalas existentes son de cierta manera inexactas para las necesidades del estudio. Deben incluirse referencias de las nuevas escalas utilizadas como por ejemplo las relacionadas con la confiabilidad.

Si un sistema de resultados conduce a una cierta escala (Ejemplo: excelente, bueno, regular y malo), debe explicarse como se tasó la medición, la fuente del instrumento de validación y si se hicieron modificaciones a una escala previamente descrita. Si la escala es original del autor debe explicarse cómo se validó el nuevo instrumento de medición.

5.6 Resultados: Proporcione un informe detallado de los datos obtenidos durante el estudio. Raramente se aceptan los resultados de procedimientos reconstructivos, tales como artroplastia total articular y en general, de implantes con función a largo plazo que tengan menos de dos años de seguimiento. Se aceptan estudios con períodos más cortos de seguimiento cuando se sitúan dentro de un contexto apropiado. Por ejemplo: el seguimiento para el tratamiento de fracturas puede ser mucho más corto cuando el objetivo del manuscrito es estudiar la consolidación de la fractura y no a los resultados inherentes al funcionamiento del implante. El editor toma la decisión final sobre la suficiencia del seguimiento reportado en estos casos. Los datos del texto de todo el manuscrito deben concordar, incluyendo ilustraciones, leyendas o tablas. Las medidas deben expresarse usando términos convencionales y con las unidades soportadas por el Sistema Internacional de Mediciones.

5.7 Discusión: Sea sucinto; ¿Qué demuestra su estudio?, ¿Su hipótesis se confirma o se refuta? Discuta la importancia de los resultados y conclusiones del artículo con respecto a la literatura relevante mundial; no haga revisiones exhaustivas, una revisión completa de la literatura es innecesaria. Analice reflexivamente sus datos y discuta las fortalezas, debilidades y limitaciones del estudio.

6. Tablas e ilustraciones.

Las tablas, cuadros, figuras e ilustraciones deben enviarse electrónicamente a aomrevista@gmail.com acompañando al artículo.

- Una **tabla** organiza los datos en columnas y filas, debe titularse individualmente y enviarse como archivo separado en el formato original del archivo y no como archivos de gráficos.
- Un **cuadro** sirve para resaltar o puntualizar una idea dentro del texto y debe titularse individualmente y enviarse como archivo separado en el formato original del archivo y no como archivos de gráficos.
- Cada **figura** debe titularse y enviarse como archivo separado. No deben enviarse más de 10 figuras. **La Revista** apreciará no enviar figuras o ilustraciones que se hayan publicado a otra parte; sin embargo, cuando se juzgue necesario usarlas, el autor debe incluir una carta, en la que el propietario original del derecho de autor le concede permiso a **La Revista** de reimprimir la ilustración, o en su defecto debe colocarse al pie de la figura la leyenda “tomada de, con la cita bibliográfica que refiera su procedencia”. Debe incluirse una información completa acerca de donde fue publicada y la página en la cual apareció la ilustración. Las **ilustraciones** que acompañan el manuscrito deben ser enviadas con formatos **JPG**. No inserte las imágenes en otros programas de software. No envíe más de 10 imágenes. Cualquier manipulación digital de una imagen (color, contraste, brillo, etc.) debe ser aplicada a la imagen completa y no debe dar lugar a una deficiente representación de la imagen original. Es inaceptable el realce o la alteración de una parte de la imagen, sin una justificación clara y explícita en la leyenda.
- Los archivos de la imagen deben identificarse en forma apropiada e incluir el número de la figura (Ejemplo: Figura 1, Figura 2, etc.). Recuerde incorporar en campo de “descripción”, el nombre y el número de la figura (Figura 1, Cuadro 2, etc.).
- **La Revista** no publica reproducciones en color.

- De acuerdo con la obligación de la Revista de proteger la confidencialidad del paciente y de los datos proporcionados por éste, retire cualquier escritura que pueda identificar al paciente (Ej.: nombres, iniciales, números de pacientes, etc.).
- Cuando use una cámara fotográfica digital para crear sus imágenes, programe la cámara en formato JPG, ajuste la resolución a un mínimo de 300 ppi (píxeles por pulgada), y fije el tamaño de la imagen a 127 x 178 milímetros (5 x 7 pulgadas).
- La **resolución** de las imágenes electrónicas es crítica ya se relaciona directamente a la calidad en que aparecerán cuando estén impresas o se publican por internet. Las imágenes en escala de grises, incluyendo radiografías, deben tener una resolución mínima de 300 ppi. Los dibujos o creaciones artísticas deben tener una resolución mínima de 1200 ppi. Es preferible un tamaño original de la imagen de 127 x 178 milímetros (5 x 7 pulgadas).
- Si tiene dudas con respecto al envío electrónico de imágenes póngase en contacto con aomrevista@gmail.com
- Incluya **leyendas** en todas las ilustraciones y mencione el orden en que se presentan. La leyenda debe explicar lo que se muestra en cada ilustración. Si hay microfotografías, especifique a que ampliación se presentan. Defina todas las flechas y otros indicadores que aparezcan en la ilustración. Si una ilustración corresponde a un paciente que se identifica por número del caso, incluya ese número en la leyenda.

7) Bibliografía.

No deben incluirse citas de resúmenes de reuniones con más de tres años. Las referencias se deben numerarse conforme al orden de aparición en el texto (no alfabéticamente) y deben estar en el formato de PubMed/Index Medicus (para ver un ejemplo, diríjase al sitio Web del Centro Nacional para Información biotecnológica o al National Center for Biotechnology Information [NCBI] (www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi)). Todas las referencias deben estar citadas en el texto.

8) Estilo.

Utilice un formato estilo Vancouver, preferentemente conforme los "Requisitos uniformes para los manuscritos enviados a revistas medicas: Escritura y corrección de una Publicación Biomédica" ["*Uniform*

Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication] emitido por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Octubre de 2008 (<http://www.icmje.org>)⁴. Para las pautas de estilo, utilice “Estilo y formato científicos. Manual CBE para los autores, editores y editoriales 6a ed.” [*Scientific Style and Format. The CBE Manual for Authors, Editors, and Publishers, 6th ed.*] publicado por la Cambridge.University Press.¹¹

Tenga presente lo siguiente:

1. El reporte de porcentajes debe incluir numerador y denominador. Redondee el porcentaje cuando el denominador sea menor a 200. Los porcentajes no deben ser utilizados cuando el valor de “n” es menor de veinte.
2. No debe usarse ninguna abreviatura o sigla. Hágalo con muy pocas excepciones.

9 Autoría.

El orden de los nombres de los participantes en el estudio únicamente refleja un acuerdo entre los autores, ya que cada autor debe haber contribuido significativamente en la elaboración del artículo y debe estar dispuesto a asumir una responsabilidad pública para con uno o más aspectos relativos al estudio, como podrían ser: diseño, adquisición de datos, análisis e interpretación de los mismos, etc. Todos los autores deben haber estado implicados activamente en el diseño y revisión crítica del el manuscrito y cada uno debe aprobar la versión final a publicarse. Los participantes que han contribuido solo en una sección del manuscrito o únicamente con casos, deberán recibir acreditaciones y reconocimientos en una nota aparte al pie de página.¹²

Si el autor del artículo es un grupo de investigación, firmará o firmarán el artículo uno o más de los miembros del grupo que cumplan cabalmente con los criterios ya mencionados en “autoría”, seguido de la frase “a nombre de [nombre del grupo].” Los otros miembros del grupo deben mencionarse en una sección de reconocimiento al final del artículo. Alternativamente, la firma puede incluir solamente el nombre del grupo, seguido de un asterisco que envía a un listado en el que se especifican los autores que cumplen los criterios de “autoría”. Aquí se puede hacer mención de otros miembros del grupo. En estos casos, con finalidad de acreditar la citación en su curriculum vitae, la citación debe ser seguida de una declaración del miembro en cuanto al papel que jugó o su participación en la autoría (xx)¹³ tal y como se presenta en el ejemplo siguiente:

Sociedad Canadiense de Trauma y Ortopedia. Tratamiento no quirúrgico comparativo con placa de fijación de fracturas desplazadas del tercio medio de la clavícula. Estudio clínico multicéntrico al azar. [Participación]. (*A multicenter, randomized clinical trial. J Bone Joint Surg Am. 2007;89:1-10. [Participación: xx]*)

11 Agradecimientos.

Este punto es opcional. Si desea incluir agradecimientos, estos deben anexarse en un archivo separado, no deben incluirse en el texto del manuscrito.

12 Cartas al Editor.

Son bienvenidos comentarios de los lectores con respecto a los artículos publicados. Las cartas serán aceptadas y corregidas a discreción del Editor. Las cartas seleccionadas y las respuestas del autor serán publicadas en forma impresa en forma bimestral. Todas las cartas no seleccionadas serán publicadas electrónicamente en la versión electrónica de **La Revista**, en la sección de “Cartas al Editor”. Las instrucciones para someter una carta al editor están disponibles en nuestro sitio Web (teclea “instrucciones para los autores” y selecciones “instrucciones para someter una carta al editor”).

13 Revisión de manuscritos

Los manuscritos serán evaluados por el Editor de **La Revista** y se enviarán a revisores pares. El tiempo entre la recepción de un manuscrito y la decisión de su publicación se hará en un promedio de seis semanas, pero puede ser más largo.

14 Formato sucinto para reportar el seguimiento de resultados a largo plazo de pacientes tratados con Artroplastías articulares o con implantes que deban permanecer in situ a muy largo plazo.

Este formato debe utilizarse cuando el artículo original fue publicado en **La Revista** y se quiera dar seguimiento a una cohorte específica.

- **Límite de extensión:** Seis páginas de manuscrito, exceptuando referencias y figuras.
- **Intervalos de seguimiento:** No menos de cinco años desde que se hizo la publicación anterior y preferentemente con intervalos de cinco a diez años, mientras no hayan ocurrido cambios que requieran de una rápida divulgación.

Resumen: Indique en un máximo de 150 palabras, por qué está divulgando los resultados en este intervalo con sus hallazgos más importantes.

Antecedentes: Resuma y cite brevemente el estudio original publicado en *La Revista*.

Descripción del original:

- Cohorte de pacientes
- Tipo de artroplastía o adiestramiento y aspectos críticos en la técnica quirúrgica,
- Tipo de serie (¿Fue una serie aleatorizada o no?, ¿Una serie consecutiva?, ¿Las operaciones fueron realizadas por un solo o por diversos cirujanos?, ¿En una institución o multicéntrico?, ¿los datos adquiridos fueron prospectivos o retrospectivos?, etc.)

Métodos: Enumere, pero no describa, los métodos usados para evaluar los resultados clínicos y radiográficos y cite las referencias.

Para el reporte de resultados clínicos:

- Se puede utilizar el mismo sistema de evaluación empleado en el reporte anterior, Ejemplo: para prótesis total de cadera los sistemas Harris, Hospital for Special Surgery, Iowa, Clínica de Mayo, o Merle d' Aubigné-Postel. Ejemplo para prótesis total de rodilla: Hospital for Special Surgery o el sistema de Knee Society.
- Se recomienda incluir las escalas de WOMAC para la cohorte actual.
- Para otros datos pertinentes utilice las nomenclaturas clínicas y radiográficas mas aceptadas en la literatura. Ejemplo para cadera: Johnston y otros. (*J Bone Joint Surg Am.* 1990; 72: 161-8). Ejemplo para rodilla: Insall y cols. (*Clin Orthop.* 1989; 248: 13-4) y Ewald (*Clin Orthop.* 1989; 248: 9-12).
- Debe realizar análisis de la supervivencia (con cálculo de límites de confianza) usando los puntos finales que sean apropiados para su cohorte.

Resultados: Los resultados deben incluir:

- El número original de pacientes/implantes estudiados y el número de pacientes/implantes que se estudiaron en el informe pasado.
- El número de pacientes/implantes que murieron, el número de los pacientes/implantes que se perdieron durante el seguimiento y el número de los pacientes/implantes que se estudian actualmente.
- El número de pacientes/implantes que fueron examinados en las series actuales, el número que respondió los cuestionarios y el número con radiografías disponibles.
- El número de los pacientes/implantes en quienes el reemplazo articular o implante primario sigue aún funcionando in situ.

- Características demográficas básicas de la cohorte, especialmente aquellas que pueden haber ejercido influencia en los resultados (edad, diagnóstico, género, talla, peso y nivel de actividad).
- Número de las artroplastias/implantes recambiados por cualquier razón. Si se incluyen en la serie actual las artroplastias/implantes recambiadas, debe enunciarse por separado el estado de ese grupo.
- Refiera las nuevas complicaciones que se han presentado desde el informe pasado, incluyendo infección, dislocación, fractura del implante, desprendimiento de recubrimientos, falla del cemento, osteolisis, desgaste, hundimiento, etc.

Para los **análisis de la supervivencia** deben hacerse las siguientes precisiones:

- Numero de revisiones por cualquier causa. (Ej.: aflojamiento aséptico, osteolisis, fractura del implante, infección, etc.
- Referir si uno o todos los componentes del sistema sufrieron alguna afectación y la acusa de la falla en cada uno de ellos por separado, por ejemplo para Artroplastia total de cadera: Aflojamiento radiográfico del componente femoral; para los vástagos cementados los criterios de Harris y cols. (*J Bone Joint Surg.* 1982; 64: 1063-7) y para los vástagos sin cemento los criterios de Engh y cols. (*J Bone Joint Surg Br.* 1987; 69: 45-55). Aflojamiento radiográfico del componente acetabular, según los criterios de Hodgkinson y cols. (*Clin Orthop.* 1988; 228: 105-9), es decir: hubo migración o radiolucencia >1 mm. en todas las zonas de De Lee y de Charnley. Si sus resultados no se pueden evaluar con estos criterios, cite la referencia que usó para identificar sus criterios.

Conclusiones. Las conclusiones deben incluir:

- Los principales factores que limitan la longevidad de la prótesis/implante al momento del seguimiento.
- Recomendaciones con respecto a continuar el uso de la prótesis/implante si todavía está disponible.
- Si la prótesis/implante no está disponible, cuales son las lecciones que pueden aplicarse al sucesor actual o a diseños similares.

Bibliografía.

- 1) Godlee F, Jefferson T. Peer Review in Health Sciences. London: BMJ Books; 1999.
- 2) World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA. 2000;284:3043-5.
- 3) Código de Ética Médica. Ed. Fernández Vázquez JM. Sociedad Mexicana de Ortopedia. Abril 2007.
- 4) U.S. Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). <http://www.hipaa.org/> 01/02/09
- 5) Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication (Updated October 2008). International Committee of Medical Journal Editors. <http://www.icmje.org> 01/02/09
- 6) Centre for Evidence-Based Medicine. Oxford University. <http://www.cebm.net> 01/02/09
- 7) David Moher, MSc; Kenneth F. Schulz, PhD, MBA; Douglas Altman, DSc; for the CONSORT Group. The CONSORT Statement: Revised Recommendations for Improving the Quality of Reports of Parallel-Group Randomized Trials JAMA. 2001;285:1987-1991. <http://www.consort-statement.org> 01/02/09
- 8) Reporting cohort, case-control studies and cross-sectional studies. ESTROBE Panel. <http://www.strobe-statement.org> 01/02/09
- 9) Reporting meta-analysis studies. QUORUM, http://www.consortstatement.org/mod_product/uploads/QUORUM%20Statement%201999.pdf 01/02/09
- 10) Bailar JC III, Mosteller F.: Guidelines for statistical reporting in articles for medical journals: amplifications and explanations. Ann. Intern. Med. 1988; 108:266-73.
- 11) Designing Clinical Research, eds. Stephen Hulley, Steven Cummings, 1988. Williams y Wilkins, Baltimore pp 128-49.
- 12) Scientific Style and Format. The CBE Manual for Authors, Editors, and Publishers, 6th ed. Cambridge. University Press.
- 13) Davidoff F, for the CSE Task Force on Authorship. Who's the author? Problems with biomedical authorship and some possible solutions. Science Editor. Jul-Aug 2000;23(4):111-9.
- 14) Flanagan A, Fontanarosa PB, DeAngelis CD. Authorship for research groups. JAMA. 2002;288:3166-8.