

II MESA DE COMUNICACIONES ORALES

VASCULAR E HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL

C33 - CALIDAD DE VIDA E INCORPORACIÓN LABORAL EN PACIENTES CON ANEURISMAS CEREBRALES ROTOS TRATADOS ENDOVASCULARMENTE.

Rodríguez F, López A, Michel K, Iglesias I, Martínez Chinchilla J, Gil Salú JL.
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

OBJETIVO: La hemorragia subaracnoidea aneurismática (HSA) tiene una elevada morbimortalidad; no solo puede provocar la muerte sino importantes secuelas neurológicas y psicológicas, por ello no prestamos la suficiente importancia a otros aspectos de los cuales va a depender la calidad de vida del paciente. La mayoría de los estudios valorar los resultados en base a los déficits y alteraciones neurológicas pero muy pocos sobre la calidad de vida e incorporación en el trabajo de los mismos.

OBJETIVOS: Valorar la calidad de vida y la incorporación laboral en pacientes tratados endovascularmente de un aneurisma cerebral roto con HSA del grado I y II. Además, valoración del resultado del tratamiento endovascular.

MATERIAL Y MÉTODO: Se estudian todos los pacientes del Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario de Puerta del Mar de Cádiz en el periodo de 2 años que han sido tratados endovascularmente de un aneurisma roto. Se realiza un estudio descriptivo, observacional, de una serie de casos transversales. Se evalúa la calidad de vida e incorporación en el trabajo a través del test SF-36 (evaluador de la calidad de vida) y del HAD (evaluador del estado de depresión y ansiedad).

RESULTADOS: El análisis de los 20 pacientes con HSA tratados endovascularmente mostró que un 90% presenta buena calidad de vida, en gran medida debido a que se tratan de pacientes con grado I y II (buen estado físico antes del procedimiento).

DISCUSIÓN: En los pacientes con aneurisma intracraneal grados I y II tratados mediante embolización, la dimensión física del test SF-36 no se ve alterada, es decir presentan buena calidad de vida; dependiendo la calidad de vida de varios factores (tipo de tratamiento, grado de Hunt-Hess). En estos pacientes existe afectación de su salud mental, como depresión o ansiedad, cuanto más cercano sea el estudio con el test HAD al proceso hemorrágico. La incorporación laboral va a depender de la vitalidad física que mantenga tras el tratamiento y sobre todo de la edad.

C34 - HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA IDIOPÁTICA (HSAI): FACTORES CONDICIONANTES EN SU DESARROLLO Y PROGNOSIS.

Tirado J, Almarcha JM, Meza A, López A.
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVO: La hemorragia subaracnoidea idiopática supone un 15%-20% de las HSA espontáneas. El análisis de los factores que contribuyen a su evolución es de vital importancia para su manejo. Exponemos nuestra serie de casos de HSA idiopáticas, realizando análisis estadístico de las variables que contribuyen a su pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODO: Realizamos análisis retrospectivo de 99 casos, recogidos entre 2010 y 2017. Examinamos de forma univariante y multivariante las variables sexo, edad, patrón de sangrado perimesencefálico/aneurismático, dilatación ventricular aguda, drenaje venoso de la VBR y vasoespasmó en arteriografía, tabaquismo, alcoholismo, HTA, toma de fármacos antiagregantes, anticoagulantes, grado clínico según escala Hunt-Hess y necesidad de DVE. Valoraremos el resultado con la escala RANKINm al alta, considerando un "Buen resultado clínico" RANKINm (0-2) y "Mal Resultado clínico" RANKINm (3-6).

RESULTADOS: Realizamos análisis retrospectivo de 87 casos, recogidos entre 2010 y 2016. Examinamos de forma univariante y multivariante las variables sexo, edad, patrón de sangrado perimesencefálico/aneurismático, dilatación ventricular aguda, drenaje venoso de la VBR y vasoespasmó en arteriografía, tabaquismo, alcoholismo, HTA, toma de fármacos antiagregantes, anticoagulantes, grado clínico según escala Hunt-Hess y necesidad de DVE. Valoraremos el resultado con la escala RANKINm al alta, considerando un "Buen resultado clínico" RANKINm (0-2) y "Mal Resultado clínico" RANKINm (3-6).

DISCUSIÓN: El patrón aneurismático de sangrado, la dilatación ventricular aguda, la toma de anticoagulantes, HTA, la necesidad de DVE y un peor grado clínico al ingreso fueron predictores de un mal resultado clínico en análisis univariante. En análisis multivariante sólo la necesidad de DVE y la toma de anticoagulantes mostraron diferencias significativas.

C35 - ¿HEMORRAGIAS INTRAPARENQUIMATOSAS AGUDAS? EL CEREBRO: CUESTIÓN DE TIEMPO Y ESPACIO.

Blanco C.
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

INTRODUCCIÓN: Las hemorragias intracerebrales (HIC) son prevalentes y representan alta morbi-mortalidad. Los conocimientos de la morfología y fisiopatología lesional del hematoma, así como los resultados pocos alentadores en la calidad de vida y respuesta funcional de los pacientes sometidos a tratamiento médico y/o quirúrgico con evacuación del hematoma, nos motiva a realizar este estudio, para analizar la viabilidad de la craniectomía descompresiva sin evacuación del hematoma (CDS).

OBJETIVOS: Se plantea la hipótesis de que la craniectomía descompresiva sin evacuación del hematoma intraparenquimatoso agudo tiene un mejor pronóstico funcional que el tratamiento mediante evacuación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se diseñó un estudio observacional analítico retrospectivo de series históricas de pacientes con hemorragia intracerebral aguda intervenidos mediante CDS o

evacuación sin o con craneotomía asociada. Se aseguró la homogeneidad de los grupos mediante emparejamiento y análisis univariantes. Se construyó un modelo de regresión logística binaria con las variables de resultado GOS (Glasgow Outcome Scale) y mRS (escala de Rankin modificada) como variables dependientes.

RESULTADOS: Se intervinieron 12 pacientes utilizando la técnica CDS desde 2010 y se compararon con 12 pacientes intervenidos mediante evacuación seleccionados de la serie histórica desde 2007 según características clínicas y radiológicas similares. La edad media fue de 54 años, y un 59% fueron varones. El 82% fueron hemorragias espontáneas y el 18% restante de origen traumático. El 59% fueron izquierdas y también el 59% de localización superficial. El volumen medio del hematoma fue de 44 ± 16 cc, con una puntuación en la escala de Glasgow media inicial de 8 puntos. Las características basales clínicas y radiológicas de ambos grupos fueron similares. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas con un mejor pronóstico funcional a favor del grupo CDS (78% GOS 4-5 o mRS 0-2 vs. 15% en el grupo de evacuación, $p < 0,05$). En el análisis de regresión logística univariante, las variables de edad y tipo de tratamiento demostraron ser factores pronósticos independientes. Los pacientes con edad < 55 años y tratados mediante CDS tuvieron un mejor pronóstico funcional de forma significativa ($p = 0,008$ y $p = 0,039$ respectivamente). Se construyó un modelo multivariante con ambas variables, persistiendo el tratamiento recibido como el mayor factor pronóstico del estado funcional al final del seguimiento.

CONCLUSIONES: Nuestros resultados sugieren que el tratamiento mediante CDS mejora el pronóstico funcional de los pacientes con hemorragia intraparenquimatosa aguda. Los datos sustentan un cambio en la filosofía de manejo de la hemorragia cerebral aguda, tal y como ha ocurrido con el infarto maligno de la arteria cerebral media y apoyan la realización de estudios multicéntricos de mayor tamaño y potencia estadística para establecer con mayor exactitud las indicaciones de esta técnica. Creemos que la indicación de la CDS debe ser precoz y no demorada por otras terapias.

C36 - MONITORIZACIÓN DE LA PIC POR SISTEMA CON SENSOR TELEMÁTICO PARA EL MANEJO DE LA HIDROCEFALIA

Iglesias I.
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

OBJETIVOS: La monitorización telemétrica de la PIC, reproduciendo, en la medida de lo posible, las actividades cotidianas es un arma que nos aporta ventajas para el manejo de hidrocefalias complejas, sometidas a VPME previamente, LOVAs y en pacientes con Derivaciones ya implantadas.

El que además pueda emplearse como sistema de medida a largo plazo, y que se encuentre integrado en un sistema de reservorio, apto para ser continuado con una derivación según los valores alcanzados en la telemetría, puede resolernos el manejo de la hidrocefalia en pacientes especialmente complejos.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentamos una primera experiencia inicial con el Sensor-reservorio de Miethke para el manejo de pacientes con hidrocefalias complejas, LOVAs, sometidos a VPME previamente y en el que al mismo tiempo de la re-exploración de la VPME, se deja un sistema de sensor implantado para la medición telemétrica y toma posterior de decisiones.

Disponemos de sensores-reservorios en línea y tipo Puden, con diámetros de 23 mm x 7.6 de altura, y cuyo sistema de membrana, además de la medición telemétrica, permite la inyección de sustancias y la extracción de las mismas y del LCR. Los datos se almacenan en la tarjeta SD del lector telemétrico y permite lecturas individuales, medición continua y mediciones rápidas

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: Discutimos la utilidad y mejora con esta nueva tecnología para el manejo de hidrocefalias especialmente complejas y/o sometidas a procedimientos neuroquirúrgicos previos.

PERIFERICO Y ESPINAL

C37 - CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE LA PARÁLISIS FACIAL MEDIANTE COLGAJO LIBRE MICROVASCULARIZADO DE MÚSCULO GRACILIS E INJERTO CRUZADO NERVIOSO CON NERVIOS FACIALES COMO DONANTE.

Marín FM.
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

OBJETIVOS: La denervación del séptimo par craneal y la consecuente parálisis facial, supone un significativo deterioro funcional y estético del paciente que trae consigo una importante disminución de la calidad de vida. El gran reto de la cirugía durante los últimos años se ha centrado en la creación de técnicas que no solo ofrezcan mejoría funcional si no también que devuelvan el dinamismo y la simetría a la cara.

Actualmente se considera que los procedimientos dinámicos, sea por injerto nervioso o por transferencia muscular local o libre, son la elección para la reanimación facial. Lo novedoso de esta técnica es la utilización de nervio facial contralateral a la lesión como donante motor

MATERIAL Y MÉTODO: La cirugía se realizará en dos pasos. Primera etapa o de Injerto de nervio facial cruzado. Consistente en implantar nervio sural extraído previamente, a una de las ramas distales del nervio facial que se localiza con neuroestimulación. El tamaño del nervio sural debe ser el adecuado como para llegar al lado patético. La neuroestimulación permite localizar ramas faciales que estimulen un mismo grupo muscular, sin que se produzca una parálisis significativa en el lado sano (normalmente rama cigomática y rama risoria). El injerto nervioso se tuneliza a través del labio superior hacia el lado parético. El crecimiento axonal a través del injerto cruzado del nervio facial se evalúa mediante el signo de Tinel en la región distal del injerto nervioso. Cuando el signo de Tinel es positivo, se puede realizar la segunda etapa quirúrgica. Esto generalmente requiere al menos de 6 a 12 meses. Entonces se lleva a cabo el injerto libre de músculo gracilis con unión vascular a arteria y vena facial; y nerviosa al injerto del nervio sural que fue previamente cruzado. Se lleva a cabo también la reconstrucción de ptosis de ceja y del lagofthalmos.

RESULTADOS: La cuantificación del movimiento se determina en consulta mediante un método objetivo y rápido. Utilizando dos vectores y su ángulo de disposición, se obtendrá un vector resultante que nos permite evaluar en centímetros el movimiento aportado por el colgajo de músculo gracilis. La evaluación subjetiva por parte del paciente se realiza a los tres y seis meses mediante la encuesta Face Scale, desarrollada por Kahn et al. y validada en el año 2000.

DISCUSIÓN: Las transposiciones musculares se han instaurado como las técnicas de elección para la reconstrucción de parálisis faciales de larga evolución. El músculo gracilis es probablemente debido a su inervación segmentaria, anatomía estable y cicatriz discreta en región donante, el colgajo más utilizado. La utilización de nervio facial contralateral como donante es una técnica muy poco utilizada. El nervio facial no tiene la potencia motora de otros donantes más comúnmente utilizados como lo es el nervio masetero, requiriendo tiempos de recuperación funcional mayores, sin embargo, su gran ventaja radica en la recuperación de la sonrisa espontánea e involuntaria.

C38 - INNOVACIONES EN CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE NERVIOS PERIFÉRICOS: ALOINJERTOS. EXPERIENCIA PRELIMINAR EN 3 CASOS.

Domínguez M, Segura M, Arráez MA.
Hospital Regional Universitario "Carlos Haya". Málaga.

OBJETIVOS: Hasta la fecha el uso de autoinjertos para construir un nervio periférico es la técnica "gold standard". El uso de aloinjertos está cobrando más protagonismo en la práctica clí-

nica en los últimos años por facilitar la técnica microquirúrgica así como por evitar la morbilidad de sacrificar un nervio donante en el paciente. El presente trabajo describe la experiencia con este tipo de injertos en tres casos clínicos.

MATERIAL Y MÉTODO: Se analizan de forma retrospectiva tres casos con lesión de nervio periférico que requirieron de reconstrucción microquirúrgica. Se describen las ventajas e inconvenientes de utilizar un aloinjerto acorde a la literatura actual.

RESULTADOS: El primer caso se trata de un varón de 20 años con una lesión bilateral traumática de plexo braquial, la izquierda una avulsión completa de todas las raíces excepto C5 desde donde se lanzó el aloinjerto hacia la división posterior del tronco primario superior. El segundo caso una mujer de 30 años con una recidiva de un neurofibroma de C5 que se resecó en bloque y fue necesaria la reconstrucción de la raíz con un aloinjerto. El tercero un paciente de 55 años con una lesión yatrógena de nervio sural que también requirió de reconstrucción microquirúrgica con este tipo de injerto. En todos se consiguió reinervación distal, si bien en el primer caso no se obtuvo un buen resultado clínico.

DISCUSIÓN: El uso de aloinjertos parece una técnica eficaz en la cirugía reconstructiva de los nervios periféricos (fundamentalmente en lesiones distales con un "gap" inferior a 5 cm), evita la morbilidad de sacrificar un nervio donante, reduce el tiempo quirúrgico y facilita la técnica. Son necesarios más estudios de cara a determinar en qué casos son una alternativa eficaz a los autoinjertos tradicionales.

C39 - TERAPIAS AVANZADAS EN NEUROCIRUGÍA. NUESTRA EXPERIENCIA.

Márquez J, Mayorga MJ, Fernández B, Barrera M, Arteaga F, Rivero M.
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS: Presentar las líneas de trabajo en terapias avanzadas de la unidad

MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de las líneas de trabajo de la unidad. 1. Terapia celular intramedular con precursores mesenquimales en trauma medular agudo. Ensayo NeuroSave Fase Ia. 2. Extracción, purificación y caracterización de progenitores neutrales provenientes de LCR hemorrágico de pacientes prematuros.

RESULTADOS: 1. Se ha concluido la Fase Ia con éxito, pasando la evaluación del SC. Se ha iniciado el reclutamiento en escalada de dosis a 40.000.000 de unidades. Revisamos los casos tratados en nuestra unidad con dos pacientes Asia A evolucionado a Asia B. 2. Se ha implementado el modelo de extracción y caracterización celular. Nos encontramos en fase de protección y preparación de un modelo de auto-trasplante

DISCUSIÓN: Las terapias avanzadas en Neurocirugía tienen ya un papel relevante en neuro-regeneración y es probable su extensión en el futuro muy cercano a otras áreas de tratamiento.

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES DE ACTUALIDAD MÉDICA

NORMAS GENERALES

ACTUALIDAD MÉDICA es una revista centenaria (www.actualidadmedica.es) de ámbito científico nacional e internacional que publica artículos de investigación clínica o básica, artículos de docencia y de opinión, cartas al editor, editoriales y comentarios en relación con las enfermedades y patologías que afectan al ser humano fundamentalmente en el ámbito de la medicina interna y otras especialidades médico-quirúrgicas.

Es la revista oficial de la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental, edita 3 números al año, y acepta manuscritos en español e inglés. Tiene una versión impresa (español) y otra versión on line (español o inglés).

RESPONSABILIDADES Y ASPECTOS ÉTICOS EN LA PUBLICACIÓN

ACTUALIDAD MÉDICA considera que la negligencia en investigación o en publicación es una infracción ética seria y tratará este tipo de situaciones de la manera necesaria para que sean consideradas como negligencia. Es recomendable que los autores revisen el Committee on Publication Ethics (COPE) y el International Committee of Medical Journal Editors para mayor información a este respecto.

La revista ACTUALIDAD MÉDICA no acepta material previamente publicado. El plagio y el envío de documentos a dos revistas por duplicado se consideran actos serios de negligencia. El plagio puede tomar muchas formas, desde tratar de publicar trabajos ajenos como si fueran propios, copiar o parafrasear partes sustanciales de otro trabajo (sin atribución), hasta reclamar resultados de una investigación realizada por otros autores. El plagio, en todas sus formas posibles, constituye un comportamiento editorial no ético y, por tanto, se considera inaceptable. El envío/publicación duplicada ocurre cuando dos o más trabajos comparten la misma hipótesis, datos, puntos de discusión y conclusiones, sin que estos trabajos hayan sido citados mutuamente uno a otro.

INVESTIGACIÓN HUMANA Y ANIMAL

Toda información identificativa no deberá ser publicada en declaraciones escritas, fotografías o genealogías. Asimismo, no se podrán revelar nombres de pacientes, iniciales o números de historia clínica en materiales ilustrativos. Las fotografías de seres humanos deberá ir acompañadas de un consentimiento informado de la persona y que dicha persona revise el manuscrito previo a su publicación, en el caso de que dicho paciente pueda ser identificado por las imágenes o los datos clínicos añadidos en dicho manuscrito. Los rasgos faciales no deben ser reconocibles. El Comité Editorial puede requerir a los autores añadir una copia (PDF o papel) de la aprobación de un Comité de Ética en el caso de trabajos con experimentación animal o ensayos clínicos (pacientes, material de pacientes o datos médicos), incluyendo una traducción oficial y verificada de dicho documento. Se debe especificar en la sección ética que todos los procedimientos del estudio recibieron aprobación ética de los comités de ética relevantes correspondientes a nivel nacional, regional o institucional con responsabilidad en la investigación animal/humana. Se debe añadir igualmente la fecha de aprobación y número de registro. En caso de que no se hubiera recibido la aprobación ética, los autores deberán explicar el motivo, incluyendo una explicación sobre la adherencia del estudio a los criterios propuestos en la Declaración de Helsinki. (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>).

AUTORÍA

Todos los datos incluidos en la presentación de un manuscrito deben ser reales y auténticos. Todos los autores incluidos deben haber contribuido de forma significativa a la elaboración del documento, así como tiene la obligación de facilitar retracciones o correcciones, si fuera necesario, cuando se encuentren errores en el texto.

En el caso de artículos de investigación original y artículos docentes, se recomienda un máximo de 6 autores, aunque se aceptan sugerencias concretas para más de 6 autores. Para otros tipos de manuscritos, 4 autores será considerado un número aceptable. Cada autor deberá especificar cómo desea que se cite su nombre (i.e., solo el primer apellido, los dos apellidos o unir ambos apellidos con guión). En caso de ser necesario, se requerirá que cada autor especifique el tipo y grado de implicación en el documento.

REVISIÓN POR PARES

ACTUALIDAD MÉDICA publica documentos que han sido aceptados después de un proceso de revisión por pares. Los documentos enviados serán revisados por revisores ciegos que no tendrán ningún tipo de conflicto de interés con respecto a la investigación, a los autores y/o a las entidades financiadoras. Los documentos serán tratados por estos revisores de forma confidencial y objetiva. Los revisores podrán indicar algunos trabajos relevantes previamente publicados que no hayan sido citados en el texto. Tras las sugerencias de los revisores y su decisión, los editores de la revista tienen la autoridad para rechazar, aceptar o solicitar la participación de los autores en el proceso de revisión. Tanto los revisores como los editores no tendrán conflicto de interés con respecto a los manuscritos que acepten o rechacen.

LICENCIAS

En el caso de que un autor desee presentar una imagen, tabla o datos previamente publicados, deberá obtener el permiso de la tercera parte para hacerlo. Este permiso deberá estar reflejado por escrito y dirigido a la atención del editor de la revista ACTUALIDAD MÉDICA. En caso de que una institución o patrocinador participe en un estudio, se requiere de forma explícita su permiso para publicar los resultados de dicha investigación. En caso de presentar información sobre un paciente que pueda revelar su identidad, se requiere el consentimiento informado de dicho paciente por escrito.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores de un manuscrito son responsables de reconocer y revelar cualquier conflicto de intereses, o potencial conflicto de intereses, que pueda sesgar su trabajo, o pudiera ser percibido como un sesgo en su trabajo, así como agradecer todo el apoyo financiero y colaboraciones personales. ACTUALIDAD MÉDICA se adhiere a las directrices del International Committee of Medical Journal Editors, que está disponible en <http://www.icmje.org>, incluyendo aquellas de conflicto de intereses y de autoría. Cuando exista conflicto de intereses, deberá ser especificado en la Página de Título. De igual forma, el impreso de Conflicto de Intereses (ver impreso) deberá ser rellenado, firmado

por todos los autores y remitido al editor ACTUALIDAD MÉDICA. Los autores deberán mencionar el tipo de relación e implicación de las Fuentes financiadoras. Si no existe conflicto de intereses, deberá especificarse igualmente. Cualquier posible conflicto de intereses, financiero o de cualquier otro tipo, relacionado con el trabajo enviado, deberá ser indicado de forma clara en el documento o en una carta de presentación que acompañe al envío.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el último párrafo de la sección Material y Métodos, los autores deberán comentar que los pacientes incluidos en el estudio dieron su consentimiento a participar después de haber sido informados de forma concienzuda acerca del estudio. El editor de ACTUALIDAD MÉDICA, si lo considera necesario, puede requerir la presentación de este consentimiento informado a los autores.

ENVÍO DE MANUSCRITOS

Los manuscritos deberán ser remitidos por internet a través de la dirección www.actualidadmedica.es en el enlace de Envío de Manuscritos, debiéndose previamente registrar en dicha página y siguiendo las normas e instrucciones que aparecen en la misma. El texto del manuscrito (incluyendo primera página o página de título, resumen, cuerpo del artículo, agradecimientos y referencias) deberán incluirse en un único archivo. Las figuras y tablas deberán adjuntarse en archivos separados, usando un archivo para cada tabla o figura.

NORMAS ESPECÍFICAS PARA CADA TIPO DE ARTÍCULO

ARTÍCULO ORIGINAL DE INVESTIGACIÓN

Se considerarán trabajos de investigación clínica o básica todos aquellos relacionados con la medicina interna y con aquellas especialidades médico-quirúrgicas que representen interés para la comunidad científica. Los tipos de estudios que se estiman oportunos son los estudios de casos controles, estudios de cohortes, series de casos, estudios transversales y ensayos controlados. En el caso de ensayos controlados deberán seguirse las instrucciones y normativas expresadas en CONSORT disponible en <http://www.consort-statement.org>, o en otros similares disponibles en la web.

La extensión máxima del texto será de 3000 palabras que deberán dividirse en las siguientes secciones: Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión y Conclusiones. Además deberá incluir un resumen de una extensión máxima de 300 palabras estructurado en Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusiones. Se acompañará de 3 a 6 palabras clave, recomendándose para las mismas el uso de términos MeSH (Medical Subject Headings de Index Medicus/Medline disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/mesh-browser.cgi>) y de términos del Índice Médico Español. Para la redacción de los manuscritos y una correcta definición de palabras médicas le recomendamos consulten el Diccionario de Términos Médicos editado por la Real Academia Nacional de Medicina. En total se admitirán hasta 40 referencias bibliográficas siguiendo los criterios Vancouver (ver más adelante). El número máximo de tablas y figuras permitidas será de 6. Una figura podrá estar a su vez formada por una composición de varias.

El manuscrito deberá enviarse en formato Word (.doc o .docx), las tablas en formato (.doc o .docx) y las figuras en formato .jpg o .tiff y con una calidad de al menos 300 dpi.

ARTÍCULO ORIGINAL DE DOCENCIA

Se considerarán artículos docentes originales aquellos encaminados a mejorar y aportar nuevos datos sobre un enfoque práctico y didáctico de los aspectos docentes más importantes en las Ciencias de la Salud que ayuden a mejorar la práctica docente diaria.

La extensión máxima del texto será de 2500 palabras que deberá dividirse en los mismos apartados descritos con anterioridad para los Artículos Originales. Se acompañará de un resumen no estructurado de hasta 250 palabras. Se incluirán de 3 a 6 palabras clave. El número máximo de referencias será

de 20. Se podrá acompañar de hasta 3 tablas o figuras en los casos precisos.

El manuscrito deberá enviarse en formato Word (.doc o .docx), las tablas en formato (.doc o .docx) y las figuras en formato .jpg o .tiff y con una calidad de al menos 300 dpi.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Son artículos que de forma sistemática intentan mostrar las evidencias más actuales sobre un tema de interés médico o médico-quirúrgico, tratando de establecer una serie de pautas a seguir en determinadas patologías. Los artículos de revisión podrán ser solicitados al autor de forma directa por parte del Comité Editorial (Editor y Editores Asociados) o bien remitidos de forma voluntaria por los autores. Los artículos de este tipo serán revisados por el Comité Editorial, por algún miembro del Comité Asesor/Científico y por Revisores externos.

La extensión máxima del artículo será de 4000 palabras divididas en una Introducción, Cuerpo o Síntesis de la revisión (podrán usarse los apartados y subapartados que se estimen oportunos) y Conclusiones. El resumen no tendrá que ser estructurado, con un máximo de 300 palabras; Se añadirán de 3 a 6 palabras clave. Se permitirán hasta 50 referencias bibliográficas y hasta 10 tablas o figuras.

El manuscrito deberá enviarse en formato Word (.doc o .docx), las tablas en formato (.doc o .docx) y las figuras en formato .jpg o .tiff y con una calidad de al menos 300 dpi.

CASOS CLÍNICOS

Se permitirá la elaboración y envío de casos clínicos interesantes y que tengan un mensaje que transmitir al lector. No se contemplarán casos clínicos habituales sin interés para la comunidad científica. La longitud máxima de los casos será de 1500 palabras distribuidas en una Introducción, Caso Clínico y Discusión. El resumen tendrá una extensión máxima de 150 palabras y no necesitará ser estructurado. Se permitirá un máximo de 3 figuras o tablas. El número máximo de referencias bibliográficas será de 10.

El manuscrito deberá enviarse en formato Word (.doc o .docx), las tablas en formato (.doc o .docx) y las figuras en formato .jpg o .tiff y con una calidad de al menos 300 dpi.

CARTAS AL EDITOR

Los artículos incluidos en esta sección podrán ser comentarios libres sobre algún tema de interés médico o bien críticas a artículos recientemente publicados (últimos 6 meses) en la revista ACTUALIDAD MÉDICA. Se aceptarán de manera excepcional críticas o comentarios publicados en otras Revistas si tienen un interés médico evidente. La extensión máxima del texto enviado serán 500 palabras sin estructurar. No es necesario incluir resumen ni palabras clave. Se podrá incluir 1 figura o tabla acompañando a la carta. Como máximo se permiten 5 citas bibliográficas.

El manuscrito deberá enviarse en formato Word (.doc o .docx), las tablas en formato (.doc o .docx) y las figuras en formato .jpg o .tiff y con una calidad de al menos 300 dpi.

CRÍTICA DE LIBROS

En esta sección se permitirá la crítica y comentarios sobre un libro de ámbito médico o médico-quirúrgico en el que se destacarán los aspectos formales y científicos más importantes, así como las aportaciones fundamentales del mismo a la práctica clínica. Su extensión máxima será de 500 palabras. No es necesario resumen, palabras clave y no se permitirán tablas ni figuras, salvo la portada del libro. El manuscrito deberá enviarse en formato Word (.doc o .docx), las tablas en formato (.doc o .docx)

CARACTERÍSTICAS FORMALES EN LA REDACCIÓN DEL MANUSCRITO

Cada trabajo, en función del tipo de artículo anteriormente expresado, deberá estar estructurado según se ha comentado anteriormente. De forma general los trabajos deberán ir escritos en folios tamaño DIN A4 con una letra 10, tipo Times New Roman, con unos márgenes de 2.5cm y un interlineado de 1.5 con una justificación completa. Los artículos podrán enviarse en Español o Inglés, que son los dos idiomas oficiales de la revista.

Durante la elaboración del manuscrito podrán realizarse abreviaturas, previamente especificadas y aclaradas durante la primera aparición de la misma. Se recomienda uso de abreviaturas comunes en el lenguaje científico. No se permitirá el uso de abreviaturas en el título ni el resumen, únicamente en el cuerpo principal del manuscrito. Se deberá hacer especial hincapié en la expresión correcta y adecuada de las unidades de medida.

Se considera fundamental y norma editorial la elaboración de un manuscrito que siga las instrucciones anteriormente mencionadas en cuanto a la estructura de cada uno de los tipos de artículos. La estructura general de envío de los artículos será la siguiente:

· Página inicial o Página de Título

- Deberá incluirse un Título sin más de 90 caracteres que sea lo suficientemente claro y descriptivo

- Nombre y Apellidos de los autores

- Indicar las Instituciones en las que Trabajan o proceden los autores

- Incluir el nombre completo, dirección, e-mail y teléfono del Autor para la Correspondencia

- Título breve: Sin superar los 50 caracteres

- Añadir el número de palabras sin incluir el resumen y el número de tablas y figuras si procede

· Segunda página o Página de Resumen y palabras clave

Se deberá incluir un Resumen si procede según el tipo de manuscrito elegido, en el que deberá incluirse unos Objetivos (indicar el propósito del estudio de forma clara y breve), Métodos (indicando el diseño del estudio, pruebas realizadas, tipo de estudio, selección de pacientes y estudio estadístico), Resultados (los más significativos con su estudio estadístico correspondiente) y Conclusiones (énfasis en lo más importante de lo obtenido en el estudio).

A continuación se incluirán de 3 a 6 palabras clave.

· Tercera página o Página de Resumen y palabras clave en Inglés

Siguiendo las mismas recomendaciones anteriormente descritas pero en Inglés.

- Texto y Cuerpo del manuscrito con sus diferentes apartados

- Introducción: Se incluirán los antecedentes más importantes, así como los objetivos del estudio a realizar.

- Material y Métodos: Es la parte fundamental y más crítica del manuscrito. Es conveniente especificar el periodo de estudio, el tipo de población, el diseño del estudio, los procedimientos e instrumentos utilizados en el estudio, así como especificar los criterios de inclusión y de exclusión en el estudio. Deberá incluirse el tipo de estudio estadístico realizado según las características de las variables analizadas y estudiadas. Además se añadirá si cumple con los requisitos éticos del comité del centro donde se ha llevado a cabo el estudio.

- Resultados: Deben ser claros, concisos y bien explicados. Se intentará resumir parte de ellos en tablas para evitar confusión durante su lectura. Se recomienda no repetir información de las tablas o gráficos en el texto.

- Discusión: Deberán discutirse los resultados obtenidos con respecto a los datos existentes en la literatura de una forma clara y científicamente adecuada. Se evitará repetir comentarios o datos contemplados en los apartados anteriores en la medida de lo posible.

- Conclusiones: Se deberán destacar los aspectos más importantes de los datos obtenidos de forma breve y con mensajes directos

- Agradecimientos

- Referencias o Bibliografía: Se incluirán las citas que el autor o autores hayan utilizado en la elaboración del manuscrito y quede constancia de ellas en el texto. Deberán ser ordenadas según su aparición en el texto y ser incluidas dentro del mismo entre paréntesis y con números arábigos. En general, se deberán referenciar siguiendo las normas Vancouver. Se expresan diferentes ejemplos a continuación para facilitar la labor de los autores. En caso de que su tipo de cita no aparezca entre los ejemplos le rogamos revise las normas Vancouver.

· Artículo: Deberán incluirse todos, a menos que haya más de 6, en cuyo caso se pondrán los tres primeros y et al. Ej: Nisengard R, Bascones A. Invasión bacteriana en la enfermedad periodontal. Avodontotoestomatol. 1987; 3: 119-33

· Suplemento de un volumen: Shen HM, Zhang KF. Risk assesment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. Environ Health Perspect. 1994; 102 Supl 1: 275-82.

· Suplemento de un número: Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. Ann ClinBiochem. 1995; 32 (Pt 3): 303-6.

· Artículo en prensa: Deberá referenciarse igual que un artículo, pero añadiendo en la medida de lo posible el doi del artículo. Ej: Arrabal-Polo MA, Arias-Santiago S, Arrabal-Martin M. What is the value of boneremodeling markers in patients with calcium stones? Urol Res. doi: 10.1007/s00240-012-0511-1

· Libros: Carranza FA Jr. Glickman's clinical periodontology. Saunders: Philadelphia; 1984

· Capítulo de libros: Takey H, Carranza FA Jr. Treatment of furcation involvement and combined periodontal endodontic therapy. En Carranza FA Jr. Glickman's clinical periodontology. Saunders: Philadelphia; 1984.

· Editores o compiladores como autores: Norman JJ, Redfern SJ, editores. Mental health care for elderly people. Nueva York: Churchill Livingstone; 1996.

· Documento de Internet: Donaldson L, May, R. Health implications of genetically modified foods [citado 1 de enero. 2013]. www.doh.gov.uk/gmfood.htm

- Tablas

Deberán realizarse siguiendo los mismos criterios en cuanto a tamaño y tipo de letra, así como interlineado. Cada tabla será incluida en una página en solitario y deberá ser numerada de forma correlativa a su aparición en el texto con números arábigos. Deberá llevar un título explicativo del contenido de la misma de manera clara y concisa. El formato de realización de las tablas será .doc o .docx.

- Figuras

Tanto gráficos como fotografías, dibujos o esquemas se consideran figuras. Deberán numerarse según el orden de aparición en el texto. Cada una de las figuras llevará un título explicativo de las mismas, que deberá incluirse en el cuerpo principal del manuscrito tras las Referencias o Bibliografía. Cada figura deberá enviarse en un archivo individual principalmente en formato .tiff o .jpg con una calidad de al menos 300 dpi. Se añadirá además un pie de figura explicativo.

DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL Y PROCESO EDITORIAL

COPYRIGHT

La Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental, como propietaria de la revista ACTUALIDAD MÉDICA será responsable de custodiar los derechos de autoría de cada manuscrito. Los autores serán requeridos a completar un documento en lo que concierne a derechos de autoría y la transferencia de estos derechos a la revista ACTUALIDAD MÉDICA (mirar documento). El

autor corresponsal está obligado a declarar si alguno de los autores es empleado del Gobierno de Reino Unido, Canadá, Australia o Estados Unidos de América o si tiene algún tipo de relación contractual con estas instituciones. En el caso de que un autor sea empleado de Estados Unidos de América, deberá especificar el número de contrato, así como si la investigación ha recibido fondos de Estados Unidos. Igualmente, si alguno de los autores pertenece al Instituto Médico Howard Hughes, deberá especificarlo.

La firma y acuerdo de copyright incluye:

- Responsabilidad y garantía del autor: El autor garantiza que todo el material enviado a ACTUALIDAD MÉDICA es original y no ha sido publicado por otra revista o en otro formato. Si alguna parte del trabajo presentado ha sido previamente publicada, deberá especificarse en el manuscrito. El autor garantiza que ninguno de los datos presentados infringe los derechos de terceras partes y autoriza a ACTUALIDAD MÉDICA a usar el trabajo si fuera necesario.

- Transferencia de derechos de uso: El autor transfiere a la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental todos los derechos concernientes al uso de cualquier material derivado del trabajo aceptado para publicación en ACTUALIDAD MÉDICA, así como cualquier producto derivado respecto a la distribución, transformación, adaptación y traducción, tal y como figura en el texto revisado de la Ley de Propiedad Intelectual.

Por tanto, los autores no estarán autorizados a publicar o difundir trabajos aceptados para publicación en ACTUALIDAD MÉDICA sin la expresa autorización escrita de la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental.

PROCESO EDITORIAL Y REVISIÓN

Los manuscritos enviados son recibidos a través de un sistema de envío mediante página web y, una vez recibidos, ACTUALIDAD MÉDICA informará a los autores si el manuscrito es aceptado, rechazado o requiere de un proceso de revisión. El proceso de revisión comienza tras la recepción y una evaluación formal del Editor o Editores Asociados. Posteriormente, el manuscrito será enviado a un mínimo de dos revisores externos o miembros del Consejo Rector o del Comité Científico sin que aparezca el nombre de los autores, datos personales ni filiación de los mismos para asegurar un proceso de revisión apropiado y objetivo. Una vez que el informe del revisor externo se ha recibido, el Comité Editorial emitirá una decisión que será comunicada a los autores. El primer proceso de revisión no durará más de dos meses. Si un manuscrito requiere cambios, modificaciones o revisiones, será notificado a los autores y se les dará un tiempo para que realicen dichos cambios. La cantidad de tiempo dependerá del número de cambios que se requieran. Una vez que la versión revisada sea enviada, los autores deberán resaltar los cambios realizados en un color diferente y adjuntar una carta de respuesta a los revisores donde se argumentan de forma clara dichos cambios realizados en el manuscrito.

El Comité Editorial de ACTUALIDAD MÉDICA se reserve el derecho de hacer cambios o modificaciones al manuscrito con el consentimiento y aprobación de los autores sin hacer cambios en el contenido. El objetivo de estos cambios será mejorar la calidad de los manuscritos publicados en la revista.

Tras la aceptación de un artículo, este será enviado a prensa y las pruebas serán enviadas al autor. El autor deberá revisar las pruebas y dar su aprobación, así como indicar cualquier error o modificación en un plazo de 48 horas. Pasado este tiempo, no se admitirán cambios en el contenido científico, el número o el orden de los autores.

En caso de que aparezca errores tipográficos u otros errores en la publicación final, el Comité Editorial junto con los autores publicarán una aclaración apropiada en el siguiente número de la revista.

En el caso extremo en que los autores insistieran en hacer cambios no autorizados antes de la publicación final del artículo o violar los principios previamente mencionados, el Comité Editorial de ACTUALIDAD MÉDICA se reserva el derecho de no publicar el artículo.

AGRADECIMIENTOS

En agradecimiento, los revisores recibirán un diploma reconociendo su contribución a ACTUALIDAD MÉDICA (requiere solicitud al Editor). El Comité Editorial y Científico añadirán nuevos revisores cada año y están siempre abiertos a las sugerencias de los revisores para mejorar la calidad científica de la revista.

POLÍTICA EDITORIAL Y PUBLICIDAD

La revista ACTUALIDAD MÉDICA se reserva el derecho de admitir publicidad comercial relacionada con el mundo de las Ciencias de la Salud si lo cree oportuno.

ACTUALIDAD MÉDICA, su Consejo Editorial y Científico y la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental no se hacen responsables de los comentarios expresados en el contenido de los manuscritos por parte de los autores.

El Comité Editorial.

1 de abril de 2015.