



Encuentro Latinoamericano
de Cirujanos de Cadera y Rodilla

Encuentro Latinoamericano de Cirujanos de Cadera y Rodilla ELCCR

Información e instrucciones para los autores

Comité Evaluador

1) Políticas generales.

- *El Encuentro Latinoamericano de Cirujanos de Cadera y Rodilla (ELCCR)* recibe todos manuscritos originales que contribuyan a enriquecer el conocimiento y desarrollo de la ortopedia y traumatología músculo-esquelética provenientes de todos los países Ibero-latinoamericanos. También recibe manuscritos enviados por autores con especialidades o materias relacionadas con la Cirugía de Cadera y Rodilla. El Comité Científico Internacional se reserva el derecho de someter el manuscrito a revisión, definir la pertinencia, su aceptación o rechazo según el Comité.
- **ELCCR** tiene una política general incontrovertible de revisión por pares.
- **ELCCR** recibe trabajos escritos en idioma español y/o portugués.
- **ELCCR** recibe trabajos que representen la epidemiología, el desarrollo técnico y científico, las innovaciones, los logros y el pensamiento de la Cirugía de Cadera y Rodilla de las instituciones, hospitales y países donde se genera el artículo.
- Las opiniones, criterios, manifestaciones y resultados de los estudios, investigaciones o comunicaciones presentadas en **ELCCR** son responsabilidad absoluta de los autores firmantes y de ninguna manera representan una posición o respaldo oficial del **ELCCR**.
- El Comité Evaluador de Trabajos de **ELCCR** puede solicitar datos adicionales relacionados con el trabajo a publicar, en estos casos, los autores deben proporcionar al **ELCCR** los datos disponibles para su revisión de una manera oportuna.
- En los casos donde se haga mención de un producto con marca registrada, sólo 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 genérico del medicamento (en el caso de sustancias farmacológicas).

- No debe tener ningún tipo de identificador de: Médicos y/o cirujanos, al igual que no debe mencionarse ciudades y/o instituciones en el título o cuerpo del texto del Abstracto.
- 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 Comité Científico Internacional, quienes no deberán tener ningún interés conocido con respecto del tema. Éste tomará la decisión final con respecto a la aceptación o el rechazo de los manuscritos.

2) Aspectos éticos.

- Todos los manuscritos que involucren investigación con 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 presentados en el **ELCCR**. 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.
- 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 dolor de los animales.

3) Procedimiento de envío del manuscrito a **ELCCR**.

Paso 1. Registro del manuscrito.

Para registrar el manuscrito, **ELCCR** se debe enviar el documento dentro de las fechas establecidas por el Comité Científico internacional. Los autores deben efectuarlo vía Internet a la dirección direccion@elccr.org

Paso 2. Envío de trabajo final

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

Hoja frontal: En una hoja independiente del resto del trabajo, mencione el título del manuscrito y los nombres de los autores en el orden en el cual desee que aparezcan, con las acreditaciones académicas o profesionales que desee resaltar. 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.

Aprobación de los Comités de Investigación en cada institución o país (CI): **ELCCR** 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.

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. Las páginas deben contener un máximo de 4,000 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:

Un *resumen estructurado* de no más de 300 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 tabla 1.

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.

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 STROBE (<https://www.strobe-statement.org/>).⁷ La publicación de meta-análisis y revisiones sistemáticas debe adaptarse a los criterios de PRISMA, que se encuentran disponibles en <http://www.prisma-statement.org/PRISMA%20Spanish%20Sept%202010.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 al *ELCCR* 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 metaanálisis (Meta-analysis) 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.

Tabla 1. Niveles de evidencia para preguntas de investigación primaria

Tipos de estudios.

NIVELES DE EVIDENCIA PARA LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN ¹				
Tipo de estudios				
	Estudios terapéuticos: Investigación de los resultados del tratamiento	Estudios de pronóstico: Investigación del efecto de una característica del paciente en el desenlace de una enfermedad	Estudios diagnósticos: Investigación de una prueba diagnóstica	Análisis económico de toma de decisiones: Desarrollo de un modelo económico de toma de decisiones
Nivel I	<ul style="list-style-type: none"> Ensayo clínico controlado (ECC) de alta calidad con diferencia estadísticamente significativa o sin ésta pero con intervalos de confianza estrechos Revisión sistemática² (metaanálisis) de ECC Nivel I (y homogeneidad de los resultados³) 	<ul style="list-style-type: none"> Estudio prospectivo de alta calidad⁴ (todos los pacientes fueron enrolados en el mismo punto del curso de la enfermedad con $\geq 80\%$ de seguimiento de los pacientes incluidos) Revisión sistemática² de estudios Nivel I 	<ul style="list-style-type: none"> Prueba de criterios diagnósticos previamente desarrollados en pacientes consecutivos (con aplicación universal de un «estándar ideal» de referencia) Revisión sistemática² de estudios Nivel I 	<ul style="list-style-type: none"> Costos y alternativas sensibles; valores obtenidos de muchos estudios; con análisis múltiple de sensibilidad Revisión sistemática² de estudios Nivel I
Nivel II	<ul style="list-style-type: none"> ECC de menor calidad (Ej. $< 80\%$ seguimiento, sin cegamiento, o aleatorización inadecuada) Estudio prospectivo⁴ comparativo⁵ Revisión sistemática² de estudios Nivel II o de estudios Nivel I con resultados inconsistentes 	<ul style="list-style-type: none"> Estudio retrospectivo⁶ Controles no tratados de un ECC Estudio prospectivo de menor calidad (Ej. pacientes enrolados en diferentes puntos del curso de la enfermedad o $< 80\%$ de seguimiento) Revisión sistemática² de estudios Nivel II 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de criterios diagnósticos en pacientes consecutivos (con aplicación universal de un «estándar ideal» de referencia) Revisión sistemática² de estudios Nivel II 	<ul style="list-style-type: none"> Costos y alternativas sensibles; valores obtenidos de un número limitado de estudios; con análisis múltiple de sensibilidad Revisión sistemática² de estudios Nivel II
Nivel III	<ul style="list-style-type: none"> Estudio de casos y controles⁷ Estudio retrospectivo⁶ y comparativo⁵ Revisión sistemática² de estudios Nivel III 	<ul style="list-style-type: none"> Estudio de casos y controles⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> Estudio de pacientes no consecutivos; sin aplicación consistente de un «estándar ideal» de referencia Revisión sistemática² de estudios Nivel III 	<ul style="list-style-type: none"> Análisis basado en alternativas y costos limitados; estimados deficientes Revisión sistemática² de estudios Nivel III
Nivel IV	Series de casos ⁸	Series de casos	<ul style="list-style-type: none"> Estudio de casos y controles Estándar de referencia deficiente 	<ul style="list-style-type: none"> Análisis sin análisis de sensibilidad
Nivel V	Opinión del experto	Opinión del experto	Opinión del experto	Opinión del experto

1. Una evaluación completa de estudios individuales requiere de una valoración crítica de todos los aspectos del diseño del estudio.

2. Una combinación de resultados de dos o más estudios previos.

3. Estudios que hayan brindado resultados consistentes.

4. El estudio inició antes de que el primer paciente fuera enrolado.

5. Pacientes tratados de un modo (Ej. artroplastia cementada de cadera) comparado con un grupo de pacientes tratado de otro modo (Ej. artroplastia no cementada de cadera) en la misma institución.

6. El estudio inició después de que el primer paciente fuera enrolado.

7. Pacientes identificados para el estudio basándose en su desenlace, llamados «casos», Ej. falla de artroplastia total de cadera, son comparados con pacientes quienes no presentaron el desenlace, llamados «controles»; Ej. artroplastia total de cadera exitosa.

8. Pacientes tratados de un modo sin comparación con otro grupo de pacientes tratados de otro modo.

Traducido del inglés por Armando Torres-Gómez con autorización de «The Journal of Bone and Joint Surgery» (<http://www2.ejbs.org/misc/instrux.dtl#levels>)

Adaptado y utilizado con permiso del Oxford Centre for Evidence Based Medicine (<http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>)

Esta tabla fue adaptada por JBJS 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>

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

*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 tipoII (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 metanálisis 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. 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. **ELCCR** estimula que siempre que sea posible se utilicen instrumentos de validación de resultados. Las escalas novedosas de medición sólo 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 cómo 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.

Resultados: Proporcione un informe detallado de los datos obtenidos durante el estudio. Raramente se aceptan los resultados de procedimientos reconstructivos, tales como artroplastía 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 los resultados inherentes al funcionamiento del implante. El Comité 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.

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 direccion@elcrr.org 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.
- 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.).

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 médicas: 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 trabajo 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 manuscrito y cada uno debe aprobar la versión final al presentarse. Los participantes que han contribuido sólo en una sección del manuscrito o únicamente con casos, deberán recibir acreditaciones y reconocimientos en una nota aparte al pie de página.

Si el autor del trabajo es un grupo de investigación, los miembros del grupo deben mencionarse en una sección de reconocimiento al final del trabajo. 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 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, éstos deben anexarse en un archivo separado, no deben incluirse en el texto del manuscrito.

12) Revisión de manuscritos.

Los manuscritos serán evaluados por el Comité Científico Internacional de *ELCCR*.

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

Este formato debe utilizarse cuando el artículo original fue presentado en *ELCCR* 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 presentación 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 presentado en *ELCCR*.

- 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, osteólisis, desgaste, hundimiento, etc.

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 más 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 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*.

- 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, osteólisis, desgaste, hundimiento, etc.

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

- Número de revisiones por cualquier causa. (Ej.: aflojamiento aséptico, osteólisis, 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 artroplastía 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, cuáles son las lecciones que pueden aplicarse al sucesor actual o a diseños similares.

Bibliografía

1. Godlee F, Jefferson T: Peer Review in Health Sciences. 14. 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 (HIP AA). <http://www.hippa.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](http://www.icmje.org) 01/02/09
6. Centre for Evidence-Based Medicine. Oxford University. <http://www.cebm.net> 01/02/09
7. Moher D, Schulz KF, Altman D, 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.consortstatement.org](http://www.consortstatement.org) 01/02/09
8. Reporting cohort, case-control studies and cross-sectional studies. ESTROBE Panel. <http://www.strobstatement.org> 01/02/09
9. Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. Med Clin (Barc). 2010;135(11):507–511
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* 2000; 23(4): 111-9.
14. Flanagin A, Fontanarosa PB, DeAngelis CD. Authorship for research groups. *JAMA* 2002; 288: 3166-8.