

.RC=HC

Revista Científica = Hospital El Cruce

La Revista Científica Hospital El Cruce es una publicación editada por el Área de Docencia del Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce, de Florencio Varela, provincia de Buenos Aires. Está dirigida a todos los profesionales de la salud.

Su objetivo es difundir artículos científicos que provengan de todas las áreas del Equipo de Salud, y a su vez constituir una fuente de intercambio con distintas instituciones nacionales e internacionales.

Esperamos contar con el aporte de las experiencias y conocimientos de todos para que la revista crezca en calidad y nivel científico.

■ Editorial
La publicación y la investigación científica: una responsabilidad de todos
Arnaldo Medina

■ Editorial del Comité de Docencia
Rubén De Marco
Daniel Aimone

■ Monitoreo de paciente crítico
Daniel Germino

■ Actualización en gastroenterología y endoscopia digestiva.
Raúl Matanó

■ Sistema de digitalización, archivo y gestión de imágenes médicas
Sergio Ponce



■ ■ ALTA COMPLEJIDAD EN RED
■ Hospital El Cruce

Comité Editorial

Directores

Director Ejecutivo: Arnaldo Medina
Director Médico: Dr. Juan Marini
Director de Procesos Técnicos Asistenciales: Dr. Mariano Puentes
Director Administrativo : Cdor. Ademar Feccia

Directores de la revista

Prof. Dr. Rubén De Marco Dr. Daniel Aimone

Directores de redacción

Dr. Leonardo Busso	Dr. Oscar Faldutto
Dr. Osvaldo Fariña	Dr. Luis Flores Acosta
Dr. Martín Garaycochea	Dr. Javier Gardella
Dr. Daniel Germino	Dr. Jorge Giaccio
Dr. Roberto Grinfeld	Far. Miguel Hermida
Dr. Kuo-kuan Hung	Prof. Dr. Jorge Lambre
Dr. Ricardo Lara	Dr. Roberto Maida
Dr. Héctor Alejandro Machaín	Dr. Carmen Mucci
Dr. Raúl Matanó	Dr. Hugo Nahum
Dr. Emir Musa	Dr. Marcelo Pereyra
Dr. Ricardo Otero	Dr. Osvaldo Romano
Ing. Sergio Ponce	Dr. Ariel Saez de Guinoa
Dr. Osvaldo Russo	Lic. Mirta Seco
Dr. Ricardo Sarmiento	Dr. Carlos Tajer
Bio. Emilia Scandizzo	
Dr. Juan Carlos Vogel	

Comité de Corrección

Prof. Dr. Javier Gardella Lic. María Teresa Poccioni

Secretaria de redacción

Bib. Doc. Zulema Zárate Insúa

Área de Comunicación del Hospital

Lic. Patricia Zarratea

Diseño Web

DCV Diego Lunansky

Editorial

La investigación y la publicación científica: una responsabilidad de todos

Arnaldo Medina

El inicio de la actividad de la revista científica del hospital "El Cruce" es una excelente oportunidad para reafirmar la importancia de la producción científica como uno de los pilares fundacionales de la institución de la cual formamos parte.

La posibilidad de contar con un medio de difusión e intercambio de los conocimientos necesarios para avanzar en la práctica sanitaria es fundamental, sobre todo en una experiencia como la que se nos presenta: ser los "iniciadores" de la vida institucional de este hospital. Tenemos la oportunidad histórica de establecer las bases de lo que será la "cultura organizacional" del Hospital El Cruce, es decir, los valores, las creencias y las formas de respuesta individual y colectiva de los profesionales y técnicos ante los desafíos planteados por las necesidades de salud de los ciudadanos, sumados a los problemas surgidos de la dinámica propia de la organización de servicios de salud.

La identidad del hospital está constituida por el hecho de ser un nodo de la red conformada por seis hospitales de los partidos de Florencio Varela, Quilmes, Berazategui y Almirante Brown, a lo que contribuye su ubicación geográfica. Al estar situado prácticamente en forma equidistante a los otros establecimientos, y al contar con recursos tecnológicos y humanos de alta complejidad, es posible analizar y construir las respuestas adecuadas a las necesidades de salud de los habitantes de la Región en el tercer nivel de atención. La investigación y la producción científica deben de este modo contemplar toda la riqueza de integración entre los niveles asistenciales y la producción colectiva en red.

Uno de los conceptos vertebradores para la organización hospitalaria que se pretende es el de "Gobierno Clínico". Para esto es necesario implementar herramientas de gestión que tiendan al logro de un cambio cultural de todo el sistema de salud. Es fundamental desarrollar la capacidad organizativa necesaria para prestar una atención sanitaria con garantía de calidad, enfocada en el paciente, que sea responsable y sostenible.

En este sentido, el hospital debe ser considerado como una empresa del conocimiento. Como tal exige una gestión basada en la combinación de la gestión institucional y clínica. La existencia de profesionales de alta calificación técnica y científica obliga a una metodología de trabajo basada en el conocimiento y el consenso profesional.

La publicación que hoy nos convoca puede contribuir en forma significativa en la búsqueda de evidencias y producción de conocimiento científico que

ayuden a un mejor gobierno del hospital en función de las necesidades de sus pacientes.

El gobierno clínico, es decir la dirección clínica en los hospitales, tiene como una de sus líneas más fuertes la gestión por procesos. Esta conlleva la descentralización, por medio de la cual la responsabilidad se pone en manos de aquellos que toman decisiones en el día a día. De esta forma se trata de agilizar y flexibilizar las respuestas logrando que cada uno de los profesionales se implique y se responsabilice en los resultados y también en la utilización de los recursos para obtenerlos.

Una buena comunicación y buen registro de la información clínica son la base de una buena asistencia médica. La buena comunicación es esencial para la comprensión, consentimiento y adherencia del paciente al tratamiento. También una buena comunicación, a la cual puede contribuir significativamente este medio, permite una mayor cooperación entre clínicos, ya que los clínicos y los servicios de la red deben colaborar y comunicarse de manera activa para asegurar un intercambio adecuado de la información y la coordinación de asistencia.

Por lo expuesto creemos que la investigación y la publicación de trabajos de interés y divulgación científica es una de las responsabilidades que se desprenden de la descentralización para el mejor gobierno clínico. Los alentamos así a publicar en este medio entendiendo que al hospital y a la red los construimos entre todos, y esta es una manera de hacerlo.

Editorial del Comité de Docencia

Prof. Dr. Rubén De Marco
Dr. Daniel Aimone

El continuo evolucionar de los conocimientos hace imprescindible la difusión de los mismos para permitir la actualización constante de las ofertas que se nos presentan.

Una forma de obtener saber científico es a través de la publicación periódica, las cuales sirven como elementos de juicio para estimular la curiosidad científica. En este caso queremos hacerlo posible por medio de nuestra "revista on line" cuyo primer número estamos presentando.

Pretendemos encontrar caminos, de forma global y efectiva, para lograr la integración de los profesionales de la institución tratando de acrecentar los conocimientos para la formación.

Agradecemos a los directores de la institución por el continuo estímulo y apoyo para la realización de las mismas.

Monitoreo de Paciente crítico

Dr. Daniel Germino
Servicio de Admisión de Pacientes Críticos.
Hospital de Alta Complejidad en Red "EL CRUCE".
Drdanielgermino@hotmail.com

Resumen:

Es conocido por todos los que habitamos los servicios de emergencias que el recurso más crítico es la capacitación del personal. En tal sentido, existe en nuestro hospital la firme decisión por parte de la dirección de brindar capacitación permanente, de excelencia y gratuita para todo su personal. De hecho, el personal ya viene realizando diversos cursos y jornadas con anterioridad a la puesta en marcha definitiva.

Monitoreo de paciente crítico

El permanente desarrollo de nuevas técnicas destinadas al control y monitoreo de pacientes alojados en áreas de cuidados críticos ha significado un enorme avance tanto en el manejo como en la interpretación de sus fundamentos fisiopatológicos.

En referencia a los Controles Sistematizados en enfermos críticos, es necesario:

Evaluar la permeabilidad y posición del TOT (tubo oro traqueal), sonda nasogástrica, tubo de drenaje pleural, abdominal, sonda vesical y catéteres.

Corroborar la correcta posición de vías centrales venosas y arteriales, catéter de marcapaso transitorio.

Evaluar estado de conciencia a través de la escala de GLASGOW, estado de las pupilas y la existencia de foco motor.

Es necesaria la actualización permanente de las indicaciones médicas, el monitoreo de parámetros hemodinámicos, principalmente cuando se utilizan drogas vasoactivas; y la monitorización y adecuación de la fracción inspirada de oxígeno, de la posición de las máscaras y de los modos ventilatorios.

NO SILENCIAR LAS ALARMAS HASTA DETECTAR LA FALLA.

Tipos de monitoreo:

1) Monitoreo ECG: Es permanente, posibilita el control de la FC, ritmo y eventos Isquémicos.

2) Monitoreo de la PIC (presión intracraneal): Se realiza en: TEC con respuesta motora alternante; Comas de más de 48 horas posteriores a TEC; Pos-operatorio de neurocirugía en Hemorragias subaracnoideas, a través

de:

- a) Catéter Interventricular,
- b) Perno Subaracnoideo,
- c) Micro transductor de fibra óptica. VN: 10 A 15 cm H₂O.

3) Monitoreo del Estado Ácido-base: Ph, PaO₂, PacO₂, Sat O₂, Bicarbonato etc.

4) Monitoreo de PO₂: por métodos no invasivos, (Oximetría de pulso) o invasivo, punción arterial.

5) Monitoreo de PCO₂ : Con métodos no invasivos, Capnografía: que representa la totalidad de PCO₂ expirada por el pulmón.

6) Monitoreo Hemodinámico:

A) TAM (tensión arterial media), se realiza para:

- a) Obtener un acceso que permita intervenciones diagnósticas y terapéuticas.
- b) Control permanente de la TAM durante cirugía mayor.
- c) Obtención de muestras para monitoreo del estado ácido base.

B) Monitoreo de la PVC (presión venosa central). Se realiza mediante el acceso a cámaras derechas por punción o disección de una vena central y luego se mide la columna líquida (valor normal: 8 a 10 cmH₂O). Está indicada para la evaluación de la volemia.

A su vez, es de utilidad la vía central ante la imposibilidad de obtener una vía periférica. (Shock), administrar soluciones irritantes (CIK), alimentación parenteral.

C) Medición de las Presiones Pulmonares. Se realiza a través de la colocación de un catéter de Swan-Ganz. El fundamento de la utilización de este catéter se basa en la ausencia de válvulas entre la Arteria Pulmonar y la Aurícula Izquierda, por lo tanto, la presión obtenida en la Arteria Pulmonar con balón inflado, representa la presión de fin de Diástole de la Aurícula Izquierda, y ésta, la presión de fin de Diástole del Ventrículo Izquierdo.

Indicaciones de utilización de SWAN-GANZ:

Diagnósticas: Falla Anterograda, diagnostico diferencial de Shock, complicaciones mecánicas del IAM, TEP, Sepsis.

Terapéuticas: Aspiración de émbolos gaseosos, trombólisis en el TEP, monitoreo de las presiones para inferir volumen intravascular y funcionalidad miocárdica, valorar Resistencia Vascular Periférica, respuestas a gestos terapéuticos.

Conclusión:

Desafortunadamente, en forma sistemática se tiende a valorar a la unidad de medicina crítica en función de la aparatología de que dispone, siendo poco frecuente que se analice al personal que la compone.

Si se pretende entrar al primer mundo sólo de la mano del equipamiento, se corre el riesgo de que el enchufe no corresponda al toma que disponemos.

Paradójicamente, es posible que la multitud de dispositivos que están sobre el paciente para su monitoreo dificulten el acceso al mismo y su control, y lo que es peor hasta el mínimo e imprescindible contacto humano con el enfermo.

Resulta imprescindible remarcar que la gran disponibilidad de medios de monitoreo de diversas funciones orgánicas, no reemplaza la indispensable información que ofrece el simple interrogatorio y un exhaustivo examen físico.

Bibliografía:

- Pusajo, F.; Doglio G. R. Disfunción respiratoria aguda en la injuria. Errugola MD.
- Fisiopatología general en los estados críticos. Hernández editores, 1991, cap. 8.
- Pusajo F. J., Medición de la Presión Endocraneana. Cap 11 Pág. 366.
- Ghajar, J. Intracranial pressure monitoring techniques, New Horizons 1995; 3 : 395 – 399.

Actualización en gastroenterología y endoscopia digestiva

Raúl Matanó

Durante los días 5 y 6 de junio de 2008 se llevaron a cabo las XII Jornadas Internacionales de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva en la ciudad de La Plata, las cuales son organizadas anualmente por la Sociedad de Gastroenterología de la provincia de Buenos Aires, el Grupo Endoscópico de La Plata y la Cátedra de Postgrado en Gastroenterología. Dichas jornadas se realizan con la presencia de destacados invitados nacionales y extranjeros, y abordan distintos temas de la especialidad.

Los temas más salientes abordados en las recientes jornadas estuvieron relacionados con: Hipertensión portal: Fisiopatología, Hemorragia, Varicela, Indicaciones de TIPS (derivación transyugulo intrahepática portosistémica) y patología bilio pancreática: CA de Páncreas, Tratamiento endoscópico de la Pancreatitis Crónica, Ecoendoscopia en patología biliopancreática.

La conferencia "CA de Páncreas: Tratamiento endoscópico vs. quirúrgico" estuvo a cargo del Dr. Everson Artifon, responsable de la sección de patología bilio-pancreática del Servicio de Endoscopia del hospital de clínica de San Pablo, a cargo del Dr. Paulo Sakai, destacado referente de nuestra especialidad en Sudamérica.

Como coordinador de dicha actividad puedo resumir los criterios más relevantes, mayormente conocidos, que reafirman el estado actual en el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

CA de páncreas: tratamiento endoscópico vs. quirúrgico.

La neoplasia de páncreas es la segunda neoplasia gastrointestinal en frecuencia, corresponde a más de veintiocho mil nuevos casos por año en EEUU.

A pesar de los avances en las técnicas quirúrgicas, la quimioterapia (Gencitabine) y la radioterapia (nuevos métodos como RT de intensidad modulada), en esta entidad la media de supervivencia permanece en forma constante entre tres a seis meses ya que estos pacientes se presentan casi sin excepción en enfermedad avanzada, siendo posibles de tratamiento paliativo.

La supervivencia de cinco años de pacientes resecados no supera el 3% en los centros de referencia mundial.

En cuanto a los métodos diagnósticos cabe destacar la ultrasonografía endoscópica (EUS) que mediante transductores de alta frecuencia, permite tener una resolución de imagen en lesiones pequeñas (2 a 3 mm) así como evaluar el compromiso loco-regional (vena porta, vasculatura mesentérica) y actualmente poder tomar biopsias dirigidas a través de aspiración con aguja

mesentérica) y actualmente poder tomar biopsias dirigidas a través de aspiración con aguja fina (FNA), logrando este último una sensibilidad de 85 a 90% y una especificidad del 100%.

Mediante la EUS pueden clasificarse las lesiones tumorales a través de la clasificación TNM teniendo una precisión que oscila entre 80 a 95% para T y un 65 a 85 % para N.

Hay estudios comparativos de EUS vs. TAC helicoidal, demostrando ser superior en estadificación de T y como predictor de invasión vascular en lesiones menores de 3 cm; siendo la TAC mejor en la evolución M y de tumores de mayor tamaño.

Resultados similares se obtuvieron al comparar EUS con MRN.

Los avances tecnológicos en TC: Spiral scanner, mutidetector scanner y Software de imagen tridimensional necesitan aún ser evaluados.

La comparación de EUS vs. angiografía para detectar invasión vascular muestra una superioridad a favor de la primera, con excepción de algunas tumores que invaden la arteria mesentérica superior.

El tratamiento del CA de páncreas en la mayoría de los pacientes continúa siendo paliativo, apuntando básicamente a ofrecer mejor calidad de vida resolviendo estasis biliar (ictericia, coloria) o enfocando el tratamiento del dolor.

Sólo un selecto grupo de pacientes, con CA localizado el empleo de terapia adyuvante y recientes avances en técnicas quirúrgicas llevadas a cabo en centros especializados podría aumentar la supervivencia a 5 años en un porcentaje que va del 10 al 24%. Para que esto sea posible el "goal" Standard quirúrgico es la remoción completa microscópica del tumor. En la actualidad las opciones paliativas apuntan a disminuir internaciones mejorando la morbimortalidad.

La terapéutica endoscópica es una técnica que se muestra capaz de actuar sobre los principales síntomas (ictericia, obstrucción a la salida gástrica y dolor abdominal intratable).

Stent biliares, enterales y pancreáticos, así como la reciente utilización de EUS guiada para la neulolisis del plexo celiaco, tiene marcada eficacia en su tratamiento con menor morbimortalidad.

Por tal motivo la terapéutica endoscópica es considerada de primera línea para tratamiento del CA de páncreas irresecable.

Conclusiones

El CA de páncreas continúa siendo una enfermedad que al momento del diagnóstico, en su mayoría sólo es posible el tratamiento paliativo.

La endoscopia con stent biliares, pancreáticos y enterales debe ser considerada de primera línea en el tratamiento paliativo

EUS ocupa un lugar importante en la estadificación tumoral.

Se debe tener en cuenta la punción dirigida por TAC o EUS como diagnóstico en pacientes pasibles de terapéutica oncológica.

El fundamento que avala el tratamiento paliativo tiene que ver con calidad de vida y morbimortalidad.

Lecturas recomendadas

Enfermedades gastrointestinales y hepáticas / Feldman, Friedman, Sleisenger. – 7 ed. – T 1, cap 50 (pág 1026 1044)

Gastroentology clinics of North America: june 2007, vol 36 N° 2
Multimodality Therapy for Pancreatic Cancer: pág 391

Early Detection and Staging of Adenocarcinoma: pág 413
Endoscopic Palliation of Pancreatic Carcer: pág 455

Gastrointestinal endoscopy clinics of North America: July 2005, vol 15 N° 3
The role Endoscopic Ultrasonography in the evasluation pncreatic biliary cancer: pág 497.

Endoscopic palliation of pancreaticobiliary malignacies: pág 513

Gastroenterology clinics of Northa America: 2007, Vol 36 N° 4

Sistema de digitalización, archivo y Gestión de imágenes médicas.

Departamento Ingeniería Clínica – Hospital “El Cruce”
Ing. Sergio Ponce, DI. Sabina Figari Bizzotto.

Introducción:

En la actualidad y gracias al avance de las comunicaciones y las redes de datos, un equipo electromédico en particular ya no debe considerarse como un elemento aislado sino que puede formar parte de un sistema interconectado que posibilite el intercambio de información dentro y fuera de la institución de salud.

En el caso particular de las imágenes médicas, el impacto es aún mayor ya que desde el inicio de la radiología el único método de visualización y archivo de este tipo de información fue siempre a través de una placa radiográfica. A partir de la digitalización de dicha información surge la posibilidad de integrar todas las imágenes médicas en un único sistema y por lo tanto cambia radicalmente el método de trabajo del personal involucrado.

Antecedentes:

En el año 2005 el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires se propuso implementar Sistemas de Digitalización, Archivo y Gestión de Imágenes Médicas en forma paulatina, en los Hospitales Públicos Provinciales.

Desde el año 2006 se encuentra implementado el primer sistema en el Hospital Penna de Bahía Blanca y próximamente estará en funcionamiento un sistema completo PACS/RIS/HIS en el nuevo hospital “El Cruce” de Florencio Varela.

El presente trabajo pretende brindar los pasos fundamentales para el diseño e implementación de un Sistema de Digitalización, Archivo y Gestión de Imágenes Médicas.

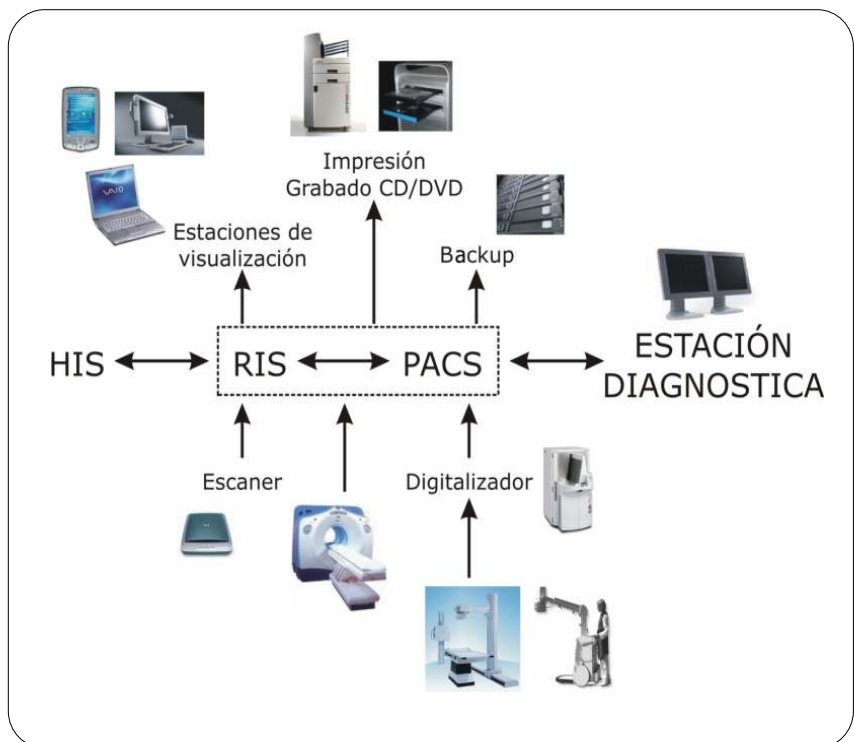
Diseño del Sistema:

Es muy importante tomar en cuenta que al implementar estos sistemas en los hospitales, la organización en sí misma será transformada estructuralmente y en cuanto a la operatoria de trabajo, es por esto que a la hora de diseñar el sistema y antes de realizar las especificaciones técnicas particulares de cada institución hay que enfocarse en el análisis específico y particular de cada una de ellas.

Se debe analizar detalladamente entre otras cosas; la característica del recurso humano usuario, la cantidad de estudios a realizar, las características de los equipos generadores de imágenes (Rx convencional, TCs, RM, Ecógrafos, etc), capacidad de la red informática, softwares existentes, estructura edilicia, flujo de trabajo del servicio de Rx, forma de trabajo con otros centros de salud, etc.

Implementación del Sistema:

En el caso del Hospital Penna de Bahía Blanca se implementó un PACS/RIS, que permite integrar todas las imágenes médicas, almacenarlas y distribuir las. Para la digitalización de imágenes radiológicas se utilizó la tecnología CR, es decir que el disparo de Rx se realiza sobre un cassette que utiliza una placa de fósforo foto-estimulado, y que luego de introducirlo en un digitalizador se obtiene la imagen digital.



En el caso del Hospital El Cruce de Florencio Varela se implementará un sistema completo PACS/RIS/HIS. El PACS (Picture Archiving and Communications Systems) integrará y almacenará la información de cinco salas de radiología convencional, un resonador magnético, un tomógrafo, una cámara gamma, un angiografo, tres ecógrafos, dos equipos de Rx rodantes y dos Arco "C". Para el diagnóstico se implementarán cuatro salas con monitores dobles de 21" monocromo y la visualización de las imágenes se implementará en 40 estaciones de trabajo (fijas y móviles) que estarán ubicadas en los consultorios externos, terapias intensivas, quirófanos y salas de internación. El método utilizado para digitalizar la radiografía convencional también es la tecnología CR (con cassette de fósforo).

El RIS (Radiology Information System) permitirá el registro e identificación de los pacientes, organización de la agenda, información de los pacientes y estadística en el servicio de Diagnóstico por Imágenes.

Por su parte el HIS (Hospital Information System) permitirá gestionar los datos atinentes a la organización del hospital como ser turnos, ingreso del paciente, consultorios externos, administración de camas, cirugía y farmacia.

De esta manera el mencionado Hospital se convertirá en el primer Hospital Provincial totalmente informatizado.

Proyecciones Futuras:

Como proyección futura se espera contar con una red de información integrada a la red de salud, que logre optimizar recursos económicos, recursos tecnológicos y tiempo. En virtud de mejorar la calidad de atención al paciente de nuestros hospitales públicos.

Se pretende implementar un servicio de telemedicina global que permita a los hospitales integrar una red de salud, para así funcionar de forma integral en la creación, recuperación, almacenamiento y gestión de las imágenes médicas digitales de los servicios de radiología, de los restantes sistemas de información, y de la comunicación entre los hospitales.

Conclusiones:

La incorporación de este tipo de sistema posee como principales ventajas la disminución del tiempo de espera de los pacientes, ahorro en el consumo de placas radiográficas y químicos, posibilidad de interconsultas por medio de la WEB, mayor información diagnóstica y disponibilidad de la información de pacientes dentro de la red de salud.

Pero por otro lado obliga a las autoridades de la salud a repensar la capacitación del recurso humano usuario, las características del recurso físico, la utilización de los recursos económicos y principalmente la conformación de un grupo de ingeniería que mantenga en condiciones óptimas de funcionamiento el sistema implementado.

Todos aquellos que deseen publicar en nuestra revista deben enviar sus artículos al Área de Docencia-Biblioteca bibliotecaelcruce@argentina.com respetando las siguientes pautas de publicación:

Reglamento de publicaciones

A) Trabajos originales: deberán reunir las siguientes condiciones:

1. Los trabajos deberán estar escritos en idioma español, en tamaño carta/A4, en Word for Windows (versión 98 en adelante), en hojas numeradas correlativamente y de un solo lado, con margen de 25mm, fuente Times New Roman, tamaño 12, a simple espacio.

2. Se mantendrá el siguiente ordenamiento:

a. Título: En la primera hoja del manuscrito se pondrá el título, el cual deberá ser preciso reflejando el contenido principal del artículo, en la misma hoja los autores deberán identificarse por el apellido seguido los nombres completos. Se identificará el lugar de trabajo o los lugares de cada uno de los autores si el mismo se realizó en forma cooperativa. Se precisará la dirección, número de teléfono o Fax, y correo electrónico del autor a quien se deba dirigir la correspondencia inherente al trabajo. Se agregará un título abreviado para cabeza de las páginas interiores de no más de 30 caracteres y hasta 5 palabras clave en español e inglés.

b. Resumen en castellano e inglés (por la posibilidad de indización de la revista; no excluyente); contendrá solamente datos demostrados en el trabajo y su extensión será de 150 a 200 palabras.

c. Introducción; explicar propósito del estudio y antecedentes importantes vinculados a la realización del mismo;

d. Material y Métodos, explicitando los métodos y procedimientos utilizados, y la evaluación estadística utilizada;

e. Resultados: se presentará el detalle de los hallazgos sin realizar observaciones, comparaciones o comentarios con respecto a resultados de otros autores. Esto último se reservará para la sección Discusión;

f. Discusión: se jerarquizarán los resultados del trabajo, su significado y se realizarán las comparaciones u observaciones pertinentes con respecto a hallazgos de otros autores.

g. Abreviaturas y símbolos: se definirán la misma la primera vez que sean utilizadas, intentando no incluirlas en exceso.

h. Tablas: Las tablas o cuadros, presentados en hojas separadas, deberán estar numeradas correlativamente con números romanos, ser comprensibles por sí mismas y poseer un texto claramente explicativo de su contenido

i. Figuras: Las fotografías serán enviadas junto con el trabajo, llevando una leyenda suficientemente explicativa en la parte inferior.

j. Bibliografía: Las citas bibliográficas se harán en el texto mediante números y se ordenarán correlativamente al final del trabajo por orden de aparición.

Para las citas de:

Revistas:

a) Número correlativo; b) apellido completo e iniciales de los 3 primeros autores. Si hay más se pone "y col."; c) título del trabajo; d) abreviatura del nombre de la revista; e) volumen, página inicial y final, año.

Ejemplos:

1) Quabbe, H.J. Treatment of acromegaly by transphenoidal operation. 90-yttrium implantation and bromocriptine: results in 230 patients. Clin Endocrinol (Oxf) 16: 107-119, 1982.

2) Muls, E.; Rosseneu, M.; Lesaffre, E. y col. Serum lipids and apolipoproteins A-I, A-II and B in primary hypothyroidism before and during treatment. Eur J Clin Invest 14: 12-15, 1984.

Libros:

a) Autor; b) título; c) editorial; d) lugar de impresión; e) página inicial y final f) año.

Ejemplo:

Yen, S.S.C.; Jaffe, R.B. Reproductive Endocrinology (Third Edition). W.B. Saunders Company, Philadelphia, USA, 1991.

Capítulo de un libro:

a) Autor del capítulo; b) título del capítulo; c) título del libro; d) autores del libro; e) editorial; f) lugar de impresión; g) página inicial del capítulo; h) año.

Ejemplos:

Catt, K.J.; Dufau, M.L. Gonadotropic hormones: biosynthesis, secretion, receptors and actions. En: Reproductive Endocrinology (Third Edition). Yen, S.S.C.; Jaffe, R.B. W.B. Saunders Company, Philadelphia, USA, pag. 105, 1991.

k. Los trabajos recibidos serán revisados en sus aspectos formales por el Comité Editorial, devueltos al autor en caso de necesitar correcciones o agregados. Serán enviados seguidamente al Comité Científico, sin autores ni afiliación de los mismos, para que éste designe a los Revisores correspondientes a cada tema abarcado.

B) Publicaciones de especialistas de reproducción argentinos en revistas extranjeras: todos aquellos autores que lo deseen podrán presentar trabajos publicados en los 2 últimos años, total o parcialmente, a su criterio, para ser reproducidos en nuestra revista. El autor solicitará autorización al Editor responsable de la revista donde fue publicado originalmente.

C) Comunicación de Casos clínicos: las mismas condiciones que para los

trabajos originales más las que se detallan a continuación: la longitud no deberá exceder 4 páginas, constará de: i) Título; ii) Resumen en español e inglés (no excluyente), iii) Introducción centralizada en el interés que genera el caso en particular, por ejemplo: especial fisiopatología, por su casuística nacional o internacional, o como aporte a nuevas conductas diagnóstica o terapéuticas; iv) Caso Clínico: detalle de historia clínica y/o descripción del paciente, vi) Métodos diagnósticos: describirlos en aquellos casos que sea significativos; vii) Métodos Terapéuticos y Resultados; y viii) Comentario final., que se realizará al terminar la comunicación.

D) Actualizaciones y revisiones: Serán realizadas a solicitud del Comité Editorial. Se mantendrá el siguiente ordenamiento: a) Título del trabajo, b) Apellido y nombre completo del/los autor/es, lugar de trabajo, dirección electrónica de contacto; c) Resumen en castellano e inglés; d) Introducción;

e) Conclusión; y f) Bibliografía.

E) Trabajos publicados recomendados y comentarios de libros: El Comité Editorial seleccionará dos a tres trabajos por número, publicados en revistas tanto nacionales como extranjeras, que sean de alto valor científico y correcto desarrollo metodológico para recomendar a los lectores, con un breve resumen del contenido. En el caso de libros, será semejante.

F) Trabajos comentados por expertos: El Comité Editorial seleccionará un trabajo recientemente publicado en revistas internacionales por número, para enviarlo a dos-tres especialistas en el área quienes harán un comentario respecto del mismo.

G) Cartas al editor: No deben exceder 1 página tamaño carta/A4 escrita a doble espacio incluyendo texto y bibliografía. Las mismas se referirán a comentarios sobre trabajos publicados por otros autores en Reproducción. La Directora de Publicaciones enviará dicha Carta al autor principal del trabajo referido para que tenga la opción de contestarla, debiendo hacerlo dentro de los 20 días corridos de recibida. La réplica deberá seguir los lineamientos generales precisados en este ítem. Tanto la Carta al Editor como su contestación, si la efectuare el autor del trabajo, se publicarán en el mismo número de Reproducción. La Carta al editor y su respuesta serán publicadas sin ser sometidas a arbitraje por el Comité Editorial de Reproducción. Las cartas al editor también podrán estar referidas a comentarios sobre temas profesionales, preferentemente en relación a artículos aparecidos en revista. En estos casos el Editor se reserva el derecho de publicación de aquellas consideradas pertinentes.

H) Consideraciones generales

1. Bajo ningún aspecto se aceptarán como originales, trabajos publicados, en prensa o que hayan sido enviados simultáneamente a más de una revista.

2. El material publicado en esta revista no podrá ser reproducido total o parcialmente sin previa autorización del Comité Editorial.

3. La revista no se hace responsable de las opiniones emitidas por los autores.

l) Los autores deberán, una vez revisado y aceptado el trabajo, enviar por correo electrónico, o mediante un diskette o CD conteniendo el texto completo que se presente para publicación.