

Instrucciones para la presentación y publicación de artículos científicos médicos

Instructions for presentation and publication of medical scientific articles

ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La *Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía* es la publicación oficial de la Sociedad Cubana de Neurología y Neurocirugía. Su abreviatura es: Rev Cubana Neurol Neurocir. Su primer número fue publicado en el año 2011. Tiene una periodicidad semestral (dos números al año componen un volumen) y su circulación se realiza por vía electrónica en formato PDF y HTML. Su sitio web es www.revneuro.sld.cu Su sistema de administración y publicación es el *Open Journal Systems* (OJS).

Misión

Se destina a publicar trabajos sobresalientes sobre Neurología y Neurocirugía con el objetivo de satisfacer la necesidad de información profesional actualizada y potenciar el desarrollo de las respectivas especialidades. Incluye artículos originales, presentaciones de casos, revisiones de la literatura, artículos históricos, correspondencia, y otras secciones relacionadas con la práctica neurológica y neuroquirúrgica, previa aprobación del equipo editor.

Lectores y autores

Se dirige, fundamentalmente, a profesionales y técnicos de los campos de las ciencias del sistema nervioso. En este ámbito se incluye el personal médico especializado (neurólogos, neurocirujanos, neurofisiólogos, neuropediatras, neuropsiquiatras, neuropsicólogos, neurorehabilitadores, neuroenfermeros), profesional médico no especializado (médico de la

familia, internista, intensivista, y otros). También puede servir de material de consulta a los estudiantes de las ciencias médicas.

Certificados, índices, catálogos y buscadores

La revista está certificada por el [CITMA](#) como Publicación Seriada Científico-Tecnológica con el código 1 592 414. Sus contenidos se encuentran incluidos en las bases de datos [Medigraphic](#), [Dialnet](#), [EBSCO](#) ([Academic Search Premier](#) y [MedicLatina](#)) e [Imbiomed](#). Además, aparece en los siguientes catálogos: [National Library of Medicine](#) (NLM ID: 101623961 [Serial]), [SeCiMed](#), [BVS](#), [Latindex](#), [SHERPA-RoMEO](#), [Red de Bibliotecas Universitarias \(REBIUN\)](#), [MIAR](#), [DOAJ](#), y en los buscadores de [Google Académico](#) y [Microsoft Académico](#).

Patrocinio y cargos por publicación

Explícitamente los órganos encargados del patrocinio de la revista son:

- Sociedad Cubana de Neurología y Neurocirugía. Consejo Nacional de Sociedades Científicas de la Salud. La Habana, Cuba. (<http://www.sld.cu/sitios/neurocuba>)
- Infomed. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Ministerio de Salud Pública. La Habana, Cuba. (<http://www.sld.cu>)
- Editorial Ciencias Médicas. La Habana, Cuba. (<http://www.ecimed.sld.cu>)

La revista no aplica al autor los cargos o costos por el procesamiento editorial y/o publicación del artículo. Al lector no se le aceptan ingresos. Además, no se admite ningún tipo de publicidad.

Política de acceso abierto

Esta es una publicación con Acceso Abierto (*Open Access*) que, excepto otra precisión, se realiza bajo las condiciones de la licencia internacional *Creative Commons* Reconocimiento-No comercial  (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES).

El usuario, sin costo alguno y sin pedir permiso previo al editor o al autor, es libre de:
1) compartir (descargar, copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) y

2) adaptar (remezclar, transformar y crear a partir del material). Esto se realiza bajo las condiciones siguientes:

- Reconocimiento: Debe reconocer adecuadamente la autoría, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de una manera que sugiera que tiene el apoyo del licenciador o lo recibe por el uso que hace.
- No Comercial: No puede utilizar el material con una finalidad comercial.

Estándares científicos y éticos adoptados

Las instrucciones de la *Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía* son conformes a los “Requisitos uniformes para preparar los artículos que se proponen para publicación en revistas biomédicas”, confeccionados por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE; www.icmje.org) y a los estándares éticos de publicación del Comité de Ética en Publicación (COPE; <http://publicationethics.org>), la Asociación Mundial de Editores Médicos (WAME; www.wame.org), la Declaración de Helsinki y las Guías éticas internacionales para la investigación en salud que involucra humanos (CIOMS-OMS). La revista también adopta los documentos que sirven de patrón para todos los periódicos de las colecciones de la Red SciELO (www.scielo.org) con respecto al fortalecimiento de la ética.

El trabajo debe ser inédito. El artículo y material dentro del artículo no debe enviarse simultáneamente a otra revista, ni estar aceptado para su publicación, ni coincidir con otro publicado. Esto incluye la colocación en sitios Web accesibles o servidores, excepto como resumen no referenciado. Los autores deben señalar cualquier otro trabajo en preparación, enviado, en prensa o publicado con potencial de solapamiento. En el caso de que el trabajo se haya publicado de forma parcial (como resumen o un póster) debe indicarse. Puede enviarse un trabajo que fue presentado en una reunión científica, pero que no se ha publicado. No se invalida el artículo cuando se ha colocado un registro de audio/video o un sumario corto de él en Internet.

PRIMERA PÁGINA DEL ARTÍCULO

La declaración de la sección de la revista se omite cuando se usa una de las plantillas disponibles. En las restantes se puede sugerir una sección (reporte de evento, resumen de evento, obituario, correspondencia). No se incluyen los datos de identificación o institución de los autores, o los agradecimientos para permitir el cegado en la revisión externa por pares de expertos. El título, resumen y palabras clave deben estar en idioma español e inglés, y ambas versiones serán de idéntico contenido.

Título del artículo

Se empleará mayúscula en la palabra inicial y en aquellas que lo requieran por las reglas generales. No excederá las 15 palabras o 100 caracteres. No debe incluir abreviaturas no aceptadas, siglas, fórmulas químicas, etc. Se evitarán los títulos en serie (Parte I, Parte II), con preguntas, o separados por punto y seguido. Debe ser atrayente, coherente y consistente con el artículo. Reflejará el campo de investigación, diseño de investigación y objetivo. Hay que evitar expresiones ambiguas (“Estudio sobre..., Investigaciones sobre..., Observaciones acerca de...”), otras palabras redundantes (revisión, experiencia, evaluación, contribución, esbozo, descripción, elaboración, análisis...) y los datos de la institución.

Resumen

El resumen será informativo, en estilo impersonal, con una extensión de 150 a 300 palabras y en formato estructurado. Tendrá precisión, orden y la información más importante de cada sección. Se redactará en tiempo pasado, excepto las conclusiones que llevan el verbo en presente. No incluirá citas bibliográficas. Se evitará el uso de siglas o abreviaturas. Solamente pueden incluirse las abreviaturas de un nombre largo usado múltiples veces. Si usa una abreviatura, debe definirse la primera vez que se emplea en el resumen.

Se evitarán las frases demasiadas largas con desviación del tema principal. No se listarán frases genéricas que se aplican a cualquier artículo (“se arriban a conclusiones a partir de la presentación y discusión de los resultados”, “se necesita de investigaciones adicionales sobre el tema”). Tampoco la sección de resultados se limitará al primer párrafo donde se describen los participantes porque no es la parte más informativa de la investigación.

Los encabezados del resumen varían según el tipo de trabajo:

- Artículo original: Objetivo (en una oración), Métodos (de forma concisa, rango de 50 a 100 palabras), Resultados (incluir los datos importantes que justifican las conclusiones, rango de 50 a 100 palabras) y Conclusiones (una o dos frases). En un ensayo clínico: Objetivo, Diseño, Pacientes (trastornos clínicos, criterios de elección y características demográficas claves), Intervenciones (características), Mediciones del resultado principal, Resultados (intervalos de confianza y nivel de significación estadística) y Conclusiones (incluye la clasificación de la evidencia), Registro del ensayo (nombre del registro de ensayo, número y URL del registro).
- Presentación de casos: Introducción (opcional), Caso/s clínico/s y Conclusiones.
- Revisiones y artículos especiales: Objetivo, Adquisición de la evidencia (equivale a la estrategia de búsqueda y criterio de selección), Resultados (comprende el desarrollo o exposición de los hallazgos), Conclusiones. En los artículos históricos una sección de introducción o contexto es suficiente.

Palabras clave

Se añadirán de 3 a 10 términos o frases (palabras clave) al pie del resumen y en orden alfabético. Se utilizarán preferentemente los términos de los [Descriptor en Ciencias de la Salud \(DeCS\)](#). Para la selección de las palabras clave se atenderá cuidadosamente el título y los títulos de secciones.

Se usará el término más específico disponible, en lugar de términos amplios (por ejemplo: un artículo sobre infarto cerebral usará este término en vez de enfermedades del sistema nervioso, enfermedades del sistema nervioso central, encefalopatías, trastornos cerebrovasculares, isquemia encefálica, o accidente cerebrovascular). Si más de tres términos relacionados se usan, generalmente deben cubrirse por un término único, más general, que es escogido consultando las jerarquías. Las palabras clave se separan mediante el punto y coma, y deben empezar con inicial minúscula. Llevan punto final. En igual orden al español se colocarán las palabras en inglés.

ARTÍCULO ORIGINAL

Consisten en reportes amplios de una investigación original, ya sea de intervención o de observación. Sus apartados esenciales son: Introducción, Métodos, Resultados y Discusión (IMRYD). Pueden tener hasta seis figuras, cuatro tablas, y de 15 a 60 referencias (más de 50 % del total deben haberse publicado en los últimos cinco años). El texto debe enviarse en el formulario (Véase el Anexo). No se aceptarán las series cuyo intervalo de estudio tenga más de tres años de antigüedad (una serie de 2008 a 2014 no se acepta teniendo en cuenta el año 2018).

Introducción

Se redacta en tiempo presente. Primero se definirá el tema que se abordará en el trabajo, sus antecedentes, y su importancia. La información de los antecedentes debe enfocarse en estudios recientes y en las revisiones sistemáticas de estudios pertinentes. La epidemiología de la enfermedad debe resumirse y, generalmente, incluirá la prevalencia e incidencia.

No se hará una revisión de la literatura en la introducción, lo recomendable es citar las revisiones donde los lectores puedan encontrar información adicional. Un máximo de tres citaciones de diferentes grupos usualmente es suficiente para mostrar que cierto hecho es bien reconocido o valorado, particularmente cuando los estudios son de países diferentes. Un error común es repetir el material que clásicamente está en los tratados de medicina y los lectores pueden consultar.

Debe declararse la hipótesis cuando corresponda. Es importante especificar cómo y cuándo desarrollaron cada hipótesis en relación con la consideración de los datos (durante o después de la colección de los datos). El reporte de estudios de intervención terapéutica implica el planteamiento de la pregunta primaria de la investigación y la clasificación del nivel de evidencia.

Objetivo

En el último párrafo de la Introducción se expondrá de forma clara y directa el objetivo de la investigación. Este debe: 1) enunciar un resultado preciso y factible de medir, 2) responder a la pregunta de la investigación, y 3) comenzar con un verbo en infinitivo que indica la vía de

conocimiento por la que se procederá (analizar, comparar, clasificar, determinar, identificar, relacionar, etc.). Se declarará el énfasis en factores como causa, diagnóstico, pronóstico, terapia o prevención, e incluirá información precisa sobre la población, intervención, exposición, pruebas o resultados que se determinarán.

Ejemplos de buenas prácticas de escritura son los dos patrones siguientes de formulación de objetivos: “El objetivo de la investigación fue analizar...”; o “El objetivo principal de la investigación fue determinar las características clínicas...”. Así se evita confundir el trabajo o artículo publicado con la investigación realizada previamente. No se enunciarán objetivos específicos o formulaciones que incluyan el método o procedimiento, determinadas acciones asistenciales o los beneficios esperados.

Métodos

La mayor parte de esta sección debe escribirse en pasado. Su objetivo es describir el diseño de la investigación, y dar luego detalles suficientes para que otro investigador pueda repetirla. Es inadecuado incluir una oración que señale que el trabajo se realizó mediante una computadora o que se usó determinada aplicación del Microsoft Office o un paquete estadístico convencional. Para la redacción organizada se utilizarán los subtítulos siguientes de manera aislada o combinada.

Diseño

Hay que declarar el diseño de la investigación y la duración del seguimiento. Alguno de los siguientes términos se aplica para el diseño básico o general:

- Estudios de intervención (el investigador asigna a los participantes a determinado procedimiento y luego se miden los resultados): ensayo aleatorizado controlado, ensayo controlado no aleatorizado, doble-ciego, placebo-controlado, casos alternantes o cruzados (*case-crossover*), antes-después.
- Estudio de pruebas diagnósticas: criterio estándar (estándar ampliamente aceptado con el que se compara una prueba alternativa); comparación cegada o enmascarada.
- Estudios de pronóstico: cohorte (los sujetos son reclutados en un momento precoz y similar en la evolución del trastorno y seguidos; o los sujetos son seguidos hacia

adelante en el tiempo, pero no necesariamente desde un punto de inicio común), validación cohorte o muestra validación (cuando el estudio involucra el modelado de predicciones clínicas).

- Estudios de causación: ensayo aleatorizado controlado, cohorte, casos y controles, encuesta (estudio de muestra).
- Descripción de hallazgos clínicos de trastornos médicos: encuesta, series de casos.
- Estudios de evaluación económica formal: análisis coste-efectividad, análisis de coste-utilidad, análisis de coste-beneficio.

Se evitará el uso de los términos prospectivo, retrospectivo, concurrente e histórica porque están mal definidos. Se mencionará si el artículo es uno de varios otros derivados de un mismo estudio o está en línea con una publicación anterior.

Contexto

Debe describirse el ámbito en que se efectuó el estudio (sala de hospitalización, consulta externa, consulta de atención primaria de salud, centro de referencia, comunidad en general), y las fechas relevantes (incluyendo los periodos de reclutamiento, exposición, seguimiento y recogida de datos). Es conveniente señalar el nivel de atención ya que en cada uno los pacientes atendidos generalmente son diferentes (por su gravedad, tipo de tratamiento, comorbilidades, entre otros).

Participantes

Se informará cómo fueron seleccionados los sujetos sin presentar los resultados obtenidos (por ejemplo: “Los sujetos estudiados fueron reclutados a partir de los pacientes consecutivos admitidos en la unidad de ictus del Hospital...”, “Los criterios de inclusión fueron...”, “Los criterios de exclusión fueron...”). Para esto se cuidará la expresión de los siguientes aspectos:

- Criterios de inclusión. Son todas las características particulares que debe tener un sujeto u objeto de estudio para que sea parte de la investigación. Estas características pueden ser: edad, sexo, grado escolar, nivel socioeconómico, tipo específico de enfermedad, estadio de la enfermedad, estado civil u otras.

- Criterios de exclusión. Son las características de los participantes que pueden alterar o modificar los resultados y, por tanto, los hacen no elegibles para el estudio. Típicamente estos criterios se relacionan con la edad, etnicidad, co-morbilidades, gravedad de la enfermedad, presencia de embarazo, o las preferencias de los pacientes. Estas características no corresponden a lo “contrario” de los criterios de inclusión (por ejemplo: si el estudio incluirá solamente a las mujeres, en los de exclusión no debe señalarse hombres; si el estudio es en adultos no es correcto señalar la exclusión de los niños; si incluye al ictus isquémico, tampoco plantear la exclusión de los ictus por hemorragia cerebral).
- Criterios de eliminación. Son las características o circunstancias que se pueden presentar después de iniciar la investigación y de haber seleccionado a los participantes. En un estudio longitudinal basado en la atención periódica de los pacientes, se eliminan los que dejan de acudir por cualquier causa (fallecimiento, cambio de domicilio, no deseo de seguir participando en el estudio). En los estudios transversales (como en una encuesta o una evaluación con baterías diagnósticas) la eliminación sucederá cuando los participantes no completan apropiadamente la o las evaluaciones programadas.

Si se trata de una encuesta hay que mencionar los detalles de la población y el momento en que se tomó la muestra. En los estudios de pareamiento para crear grupos de comparación se proporcionarán los criterios para la formación de las parejas.

Para el proceso de selección en los estudios de intervención debe usarse alguno de los siguientes términos: muestra aleatorizada, muestra basada en la población, muestra referida, muestra consecutiva, muestra voluntaria, muestra a conveniencia. Debe evitarse la selección según las características de los sujetos estudiados (apellidos, lugar de reclutamiento).

A continuación, se explica cómo se determinó el tamaño de la muestra. Es recomendable que el tamaño de la muestra permita una estimación concreta con un intervalo de confianza suficientemente estrecho para responder significativamente la pregunta de investigación. También se señalarán las medidas adoptadas durante el estudio para afrontar posibles fuentes de sesgo (selección de un grupo control apropiado, recogida de datos adicionales).

Hay que señalar los datos referentes a cada fase del proceso de reclutamiento de los participantes. A su vez, se debe indicar el número de participantes en cada fase del estudio (número de participantes elegibles, analizados para ser incluidos, confirmados elegibles, incluidos en el estudio, los que tuvieron un seguimiento completo y los analizados). Según el tipo de investigación, se señala el número de participantes con o sin exposición (estudios de cohortes), el número de controles por cada caso (estudios de casos y controles) o el número de pacientes retirados por efectos adversos. Luego, se señalan las principales razones de la no participación o pérdida de los participantes en cada fase. En los estudios observacionales complejos, se sugiere una figura que comprenda un diagrama de flujo informativo y estructurado para mostrar los datos referentes al reclutamiento.

Variables

Se expondrán las variables seleccionadas y su descripción operativa. La definición operacional debe ser formulada en términos de hechos objetivamente observables, suficientemente claros y explícitos para evitar ambigüedades o interpretaciones diferentes. La definición operativa debe incluir:

- Fuente de los datos. Si es pertinente, hay que especificar el método por el cual la o las mediciones serán obtenidas.
- Medida. Las categorías u opciones de la variable deben quedar especificadas, y todas deben ser suficientes y exhaustivas para que puedan ser clasificados todos los sujetos de estudio. Cada opción debe ser mutuamente excluyente entre sí para que los resultados no se superpongan.

Existen variables fáciles de describir, definir o medir (edad, sexo, color de la piel). Otras, por su composición y variación de criterios entre regiones, países, especialidades y autores, son más complejas. A continuación, se precisan los detalles para la definición de variables de uso general:

- Edad. Primeramente, en la base de datos se recoge la edad del sujeto en años cumplidos según la fecha de nacimiento. En el trabajo se expresa la estratificación por grupos de edad acorde a la relevancia de la enfermedad, trastorno o

población (por ejemplo: < 5 años, 5 a 65 años, > 65 años). Las edades de los participantes del estudio deben ser reportadas en agregados (media, mediana, rango) en la sección de resultados.

- **Sexo/género.** El sexo (masculino o femenino) se usará cuando se reportan factores biológicos y el género se utiliza al informar la identidad de género o factores psicosociales/culturales. Los métodos utilizados para obtener información sobre sexo, género, o ambos (reporte del paciente, observación o clasificación del investigador o prueba de laboratorio) deben ser explicados. Si se reporta un sexo, o se incluye en el estudio, la razón por la que el otro sexo no sea reportado o incluido debe ser explicado, excepto para estudios de enfermedades/trastornos que afectan a un sexo.
- **Color de la piel/raza/etnia.** Se cuidará de explicar en la sección de métodos las opciones definidas por el investigador o el participante (blanca/caucásica, negra/africana, amarilla/asiática, indígena/americana, mestiza, otra). También deben describirse las razones por las que fue evaluada la raza/etnia (cuando la colección se relaciona con una disparidad documentada) y la manera en que se obtuvo (auto-reporte, clasificación del autor, documento de identidad).
- **Trastornos o enfermedades.** Si procede, se proporcionarán los criterios diagnósticos. Se prefieren las definiciones estándar o de la literatura. Se precisará si se quiere determinar su existencia o también la severidad o el tipo de problema (por ejemplo: ictus; ictus isquémico e ictus hemorrágico; infarto cerebral acorde al territorio arterial o hematoma cerebral supratentorial lobar/profundo; ictus agudo, subagudo o crónico; etc.).
- **Índices o escalas.** Intentan medir la magnitud de determinado fenómeno (por ejemplo: la escala de coma de Glasgow, las escalas clínicas de ictus, de temblor, afasia, funciones cognitivas). Al usar una escala compuesta por varios elementos no se puede inferir que la sumatoria brinda una visión significativa e integral del paciente (por ejemplo: una escala de ictus estándar muestra lo más relevante del examen neurológico, pero omite otros aspectos).

Si se han medido e incluido muchas variables en el análisis exploratorio en una fase temprana de la investigación, se sugiere proporcionar una lista con detalles sobre cada variable en una tabla adicional. El listado debe satisfacer el objetivo. Si hubiera más de un grupo, se especificará la comparabilidad de los procesos de medida. Cada variable declarada debe ser analizada, luego, en los resultados.

Intervenciones

Se describirán los detalles esenciales de cualquier intervención, incluyendo los métodos y duración de la administración. Se identificarán con precisión los nombres genéricos de los medicamentos y las sustancias químicas usadas, las dosis (usualmente, en mg/día) y las vías de administración.

La intervención debe denominarse por su nombre clínico común y se pueden emplear sinónimos. Esto incluye el nombre de marca de un fármaco, cuando se estudia un producto específico. Se identificarán los métodos, aparatos (con el nombre y la dirección del fabricante entre paréntesis), y los procedimientos para permitir la reproducción de los resultados. Se darán las referencias de los métodos habituales.

Para los métodos que han sido publicados, pero que son poco conocidos o no están en español, se facilitarán referencias y breves descripciones. Los métodos nuevos o sustancialmente modificados serán descritos y se darán las justificaciones para su uso y sus limitaciones. Es útil disponer de un estudio publicado previamente que utilice unos métodos similares o a partir del cual se desarrollen los métodos de la investigación.

Medidas principales del resultado

Las variables de respuesta son las que miden el efecto y, tradicionalmente, pueden ser varias (muerte intrahospitalaria, reducción del tamaño del área de lesión, estado funcional, complicaciones). Debe señalarse el dato de la medida del efecto o resultado primario.

Para evaluar los resultados de los trastornos neurológicos se consideran las escalas de estado funcional (mRS, Índice de Barthel para el Ictus) o medidas del estado de salud como las de calidad de vida (HRQOL o *health related quality of life*). Las escalas de discapacidad tienen la ventaja de integrar diferentes disfunciones y enfermedades (así el índice de Barthel se usa ampliamente en pacientes con ictus). El grado real de independencia es reflejado con más

exactitud con las escalas globales como la modificada de Rankin (mRS), la de resultados de Glasgow, el índice de Karnofsky, y la de Discapacidad de Oxford. Hay disponibles varias medidas de HRQOL para problemas neurológicos (epilepsia, migraña, ictus, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, neuropatía). Otros resultados son el costo (costo-efectividad, costo-utilidad, costo-beneficio) y satisfacción del paciente.

Cuando se utilizan escalas de medición establecidas se señalará la cita bibliográfica donde se hizo la validación. Si son escalas hechas para la investigación, se aportarán los datos para estimar su validez y confiabilidad. Se señalará el nombre específico de la escala, el acrónimo entre paréntesis, el dominio si no existe claridad en el título (dolor, conciencia, calidad de vida), el sentido de la puntuación (por ejemplo: 0 es mejor y 10 es peor) y es opcional señalar el tipo de escala (continua, ordinal).

Los grados de las escalas brindan cierta objetividad a la valoración clínica. En ocasiones, el investigador agrupa un rango de valores de las escalas para facilitar su propia investigación (por ejemplo: la mRS de 0 a 2 y > 2, o 0 a 3 y > 3, o 0 a 4 y > 4). Estas categorizaciones frecuentemente no responden la pregunta investigativa, y la elección de los puntos de corte no se justifica. Para evitar las dicotomías con puntos de corte arbitrarios se recomiendan las escalas ordinales. Una variación de un punto en una escala de resultados es una evidencia insuficiente de beneficio de determinada intervención.

Cuando se utiliza una nueva técnica, hay que precisar cómo y quién efectuó la validación. En cualquier caso, el artículo debe explicar la manera en que se obtuvo la información de cada sujeto hasta el final de la investigación: “los pacientes fueron observados cada cierto tiempo para evaluar su evolución a corto, mediano o largo plazo”, “se les realizó una serie de pruebas diagnósticas especiales” o “se llenaron determinados formularios clínicos”.

Un aspecto clave es la medición del tiempo hasta que ocurre un evento particular (el tiempo hasta la primera crisis epiléptica en pacientes con infarto cerebral, el tiempo hasta la muerte en pacientes con metástasis cerebrales). Debe valorarse la posibilidad de un seguimiento incompleto (las observaciones disponibles terminan antes que ocurra el evento) o la entrada del caso en la investigación después de ocurrir el factor que se relaciona con el resultado.

Procesamiento estadístico

La selección de los métodos estadísticos requiere, generalmente, de la apreciación del problema y los datos a procesar. Se describirán todos los métodos estadísticos con detalle para permitir que un lector experto con acceso a los datos originales pueda comprobar los resultados que se presentan.

Los métodos estadísticos ordinarios pueden señalarse sin comentario alguno; los avanzados o poco usados precisan de una cita bibliográfica. Siempre que sea posible, las referencias sobre los métodos estadísticos deberían corresponder a manuales o artículos clásicos (con inclusión de los números de página). La excepción para esta última regla ocurre cuando la exposición original es mejor para la comunicación y cuando es la única disponible. También deben definirse las abreviaturas y los símbolos.

Se incluirán los métodos estadísticos empleados para controlar los factores de confusión, para analizar subgrupos o interacciones, para tratar los datos ausentes para cada variable de interés y la descripción de los análisis de sensibilidad. Cuando sea posible, los hallazgos se cuantificarán y presentarán con los indicadores de medida de error o de incertidumbre adecuados: desviación estándar o error estándar +/- (con DE o EE en el texto o la tabla). Como mínimo debe ofrecerse la DE para describir cuán dispersa es cada variable de resultado. La estadística del EE se debe emplear cuando el objetivo es describir el nivel de confianza en valor estimado.

Para los datos que siguen una distribución específica, usualmente una distribución normal, se requiere de una prueba paramétrica como la prueba t y la prueba χ^2 . Deben usarse los métodos no paramétricos para el análisis de mediciones que comparan los grupos donde la distribución de la variable dependiente no es normal. Aquí se incluyen la prueba de “Mann-Whitney U”, “Wilcoxon”, “Kruskal Wallis” y “Friedman”.

Cuando se señala el valor P (probabilidad de obtener un valor como el observado o más extremo si la hipótesis nula es cierta), el autor debe indicar el método (por ejemplo: prueba de Fisher). Para el análisis de tablas de contingencia se recomienda la prueba de Fisher porque brinda un valor P exacto, particularmente cuando los números son pequeños. Hay que evitar el empleo exclusivo de la comprobación de hipótesis estadísticas (uso de valores P),

cuando no dan información sobre la magnitud del efecto. En general, los valores P mayores de 0,01 deben reportarse con dos lugares decimales, y aquellos entre 0,01 y 0,001 con tres lugares decimales (por ejemplo: $P= 0,014$). Los valores P deben reportarse más que su significado relativo ($P < 0,05$), excepto cuando el valor es muy bajo donde se itálicas en todos los casos (P).

Las medidas de asociación, como los *odds ratios*, deben ordinariamente reportarse con dos dígitos significativos. En los estudios caso-control se deben mostrar los *odds ratios*. El riesgo relativo debe presentarse en los estudios prospectivos que siguen un grupo (cohorte) por un periodo de tiempo e investigan el efecto de un tratamiento o factor de riesgo. Los estudios de pruebas diagnósticas deben aportar los datos referentes a sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo y razón de verosimilitud.

Ética

Los artículos originales deben declarar el cumplimiento de los estándares éticos internacionales y nacionales (experimentos con seres humanos o animales, consentimiento informado, autorización para revelar información sobre personas), y los datos de identificación en caso de ser un ensayo clínico.

Cuando se informa de experimentos con seres humanos, los autores deben indicar si los procedimientos seguidos cumplen los principios éticos de la comisión responsable de la experimentación humana (institucional y nacional) y de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial revisada en el año 2013. Si existe alguna duda sobre si la investigación se llevó a cabo cumpliendo dicha declaración, los autores deben explicar las razones de sus métodos y demostrar que el comité de ética de su institución aprobó explícitamente los aspectos dudosos del estudio. En el caso de realizar experimentos con animales u otras investigaciones científicas, los autores indicarán si se han cumplido las normativas nacionales e institucionales para el cuidado y uso de animales de laboratorio. Los editores pueden solicitar que los autores proporcionen la documentación de la revisión formal y recomendación del Comité de ética responsable de la supervisión del estudio.

Los autores indicarán el cumplimiento del derecho de consentimiento informado para los pacientes. El consentimiento informado es un proceso (no un simple documento) donde se le

brinda al paciente toda la información necesaria para adoptar una decisión de una manera factual, completa, precisa y sin coerciones. Cuando el paciente se halla en relación de dependencia con el investigador se obtendrá el consentimiento por un profesional independiente, y debe asegurarse que la investigación tenga un valor terapéutico. El placebo solo se usa cuando el riesgo es mínimo o no existen alternativas probadas.

Todo lo que se refiere a la identificación, incluidos los nombres o iniciales de los pacientes o el número de historia clínica, no debe incluirse en el artículo. Tampoco fotografías ni datos genealógicos, a menos que dicha información sea esencial para los objetivos científicos y que el paciente (o su progenitor o tutor) dé el consentimiento escrito para su publicación. El anonimato total es difícil de alcanzar y, en caso de duda, debe conseguirse un consentimiento informado. Ocultar la región ocular en las fotografías de los pacientes es una protección inadecuada para preservar el anonimato.

Resultados

Los resultados se presentarán en secuencia lógica, de forma sencilla y mediante oraciones cortas. La sección de resultados debe redactarse en pasado, y debe estar separada de la sección Discusión. Por lo tanto, no debe reflejar interpretaciones e ideas de los autores. No incluye referencias.

Los datos presentados deben ser lo más oportunos y representativos posibles. Se emplearán solo las tablas y gráficos necesarios para exponer la información más importante hallada de acuerdo con los objetivos del trabajo. No deben repetirse las leyendas de las figuras, títulos de tablas y el contenido de las tablas. No se debe utilizar expresiones como: “La tabla 1 muestra con claridad que...”; en su lugar se señala el resultado y entre paréntesis se indica (Tabla 1) o (Fig. 1). Los resultados de cada tabla o figura se describen en un párrafo separado.

Una forma narrativa puede usarse como alternativa para mostrar la información estadística. En una tabla clásica puede ocurrir que los datos narrados se coloquen en otra página. Así los lectores no acceden a la información de manera rápida y comprensible. En formato narrativo puede mostrarse la información de una tabla pequeña sin elementos gráficos (como las líneas, casillas, sombreado). Los datos de la tabla pueden incrustarse dentro de una oración, por lo que no se necesita referencia a ella. La frase que precede a la información es el encabezado

y, por lo general, termina con dos puntos. En este formato no se usan los encabezados ni las notas al pie. Cada fila ocupa una línea, los datos pueden precederse de viñetas y los paréntesis se usan para aclaraciones estadísticas (intervalos de confianza, valores P).

Descripción de la población del estudio

Se describirán primero las características basales y finales de los participantes (por ejemplo: demográficas, clínicas, sociales) y la información sobre las exposiciones y los posibles factores de confusión. El reporte separado de los datos demográficos (como edad y sexo) debe efectuarse siempre que sea apropiado porque facilita el pareamiento de datos entre los estudios. Se aconseja resumir las variables continuas para cada grupo de estudio mediante la media y la desviación estándar. Si los datos tienen una distribución asimétrica, se puede usar la mediana y el rango en percentiles.

En estudios que comparan grupos se deben presentar las características y los datos descriptivos de cada uno (edad, sexo, peso corporal, enfermedades, medicamentos) para valorar las similitudes. Hay que informar sobre la cantidad de participantes con datos perdidos o ausentes en cada variable de interés. Si algunos participantes son excluidos del análisis por datos incompletos, se sugiere proporcionar una tabla suplementaria que compare las características observadas entre los participantes con datos completos e incompletos. En los estudios de cohortes se resumirá el periodo de seguimiento (promedio y total personas-año de seguimiento).

Datos de las variables de resultado

Se sugiere presentarlos en una tabla o figura. Se indicará:

- En los estudios de cohortes, el número de eventos resultado o las medidas de resumen en el tiempo.
- En los estudios de casos y controles, el número de participantes en cada categoría de exposición o las medidas resumen de exposición.
- En los estudios transversales, el número de eventos resultantes prevalentes o las medidas de resumen.

Principales resultados del análisis

Se evitará el uso profuso de términos técnicos en estadística (azar, normal, significativo, correlación y muestra). Al ofrecer los resultados numéricos se deben presentarse los derivados (porcentajes) y también los valores absolutos a partir de los cuales se calcularon. Nunca se darán porcentos de totales menores de 20 porque causan confusión y no tienen validez estadística. Cuando sea posible, los resultados numéricos deben acompañarse de los intervalos de confianza y el nivel exacto de significación estadística. No se justifica el énfasis excesivo en los resultados positivos. Hay que darle énfasis similar a los hallazgos positivos y negativos que tengan un mérito científico equivalente. Nunca se debe ocultar o alterar los datos que no se ajustan a lo estimado con la investigación.

Se mencionarán las pruebas estadísticas que generan valores P específicos o coeficientes. Antes de efectuar los análisis avanzados se mostrarán los números absolutos y los porcentajes para poder juzgar la significación de las observaciones. Hay que recordar que una diferencia estadística no necesariamente se traduce en significación clínica. Los términos significativo y significación pueden usarse al referirse a valores P definidos como tal en la sección de métodos.

Luego se proporcionarán las estimaciones no ajustadas y, si procede, ajustadas por factores de confusión, así como su precisión (como los intervalos de confianza de 95 %). Se declararán los factores de confusión por los que se ajusta y los criterios para excluir o incluir las variables en los modelos estadísticos.

Al categorizar las variables continuas se describirán los límites de los intervalos, y se aconseja especificar el intervalo de los datos y la media o la mediana dentro de las categorías. Hay que explicar cómo se trataron las variables cuantitativas en el análisis y si proceden los grupos definidos y las razones para esta agrupación (incluyendo el número de categorías, los puntos de corte y la media o la mediana de la categoría).

Si es pertinente, se acompañan las estimaciones del riesgo relativo con estimaciones del riesgo absoluto para un periodo de tiempo relevante. Se incluirán los análisis de subgrupos específicos, la posible interacción de los factores de riesgo, y el cálculo de los riesgos atribuibles.

Discusión

Se tratarán los aspectos novedosos de la investigación. Debe redactarse en presente. Su extensión aproximada no debe ser mayor de un tercio de todo el trabajo. Se recomienda la adopción explícita de la estructura que se explica a continuación.

Novedad de los resultados

En un párrafo se describirá la novedad de los resultados del estudio o si son similares a una investigación previa. Es vital que los autores declaren la nueva información o la nueva forma de abordar la información previa. Esto evita el rechazo del artículo por tratarse de una publicación redundante o duplicada. Las investigaciones confirmatorias de hallazgos previos precisan de una redacción más profunda. Hay que efectuar una selección habilidosa de las referencias bibliográficas más pertinentes para demostrar que los autores se enfocan hacia la literatura especializada relevante.

Interpretación de los resultados y comparación con los resultados relevantes de otros artículos

Aquí se hace una interpretación global o consideración de los posibles mecanismos y explicaciones de los resultados. También se describe como el estudio contradice o apoya las investigaciones previas o los dogmas establecidos (semejanzas y diferencias).

Las comparaciones con estudios internacionales son válidas. No obstante, cuando existan estudios nacionales no se dejará de hacer referencias a ellos porque las condiciones en que se realizaron probablemente son más parecidas a las de investigaciones foráneas. Se señalarán las excepciones o las faltas de correlación y los aspectos no resueltos. En caso de discordancia en la interpretación del estudio por los coautores, se deben mencionar las diferentes conclusiones obtenidas, a partir de los propios resultados y de otros estudios.

Se evitarán las declaraciones generales no apoyadas por los datos. Tampoco se brindará la opinión personal sobre la solución del problema cuando no se efectúa una evaluación directa en el estudio. No se deben revisar todos los mecanismos posibles que explican un hallazgo cuando estos no se consideran.

Cuando se utiliza un diseño inusual hay que explicar con precisión las razones para escogerlo y, si es posible, brindar citas donde se ha empleado un método similar. Además, se puede enfatizar las ventajas del método. La crítica a los métodos de los investigadores precedentes es apropiada, pero debe ser objetiva y justa. Frecuentemente, hay buenas razones que impiden la replicación exacta, y estas discrepancias deben explicarse.

Limitaciones del estudio

Comprende las posibles fuentes de sesgo o de imprecisión. En un párrafo deben señalarse las debilidades del estudio, y contrastarse con sus fortalezas. En esta parte se señalan los mecanismos para el control de los sesgos y pueden mencionarse algunas preguntas no resueltas y la dirección de las investigaciones futuras. Esto deja claro que el autor domina con profundidad el tema y puede valorar con objetividad su investigación.

Al comparar hay que recordar que la muestra solamente es un grupo de individuos que generalmente son representativos del universo, y las variables se calculan en la muestra. Cuando un estudio toma otra muestra no debe esperarse que se obtengan unos resultados idénticos. Al usar diferentes criterios de inclusión se brindan respuestas diferentes. Además, el efecto del azar al seleccionar los individuos de la muestra causa diferencias en los estimados.

Conclusiones

Deben aparecer al final de la Discusión y no como una sección aparte. Deben reflejar el cumplimiento del objetivo de la investigación. Esta sección puede comenzar con la frase: “Nuestro estudio muestra...” para hacer un sumario de los resultados esenciales. Deben ser generales; no se deben repetir los datos ofrecidos en los Resultados, ni brindar datos nuevos no mostrados. Hay que darle similar énfasis a los hallazgos positivos y negativos que tengan un mérito científico equivalente.

Las afirmaciones sobre los costes y beneficios económicos se realizarán cuando el artículo incluya estos datos y sus correspondientes análisis. Se evitarán las afirmaciones o alusiones a los aspectos que no se hayan definido en la investigación. Es posible establecer nuevas hipótesis cuando tengan fundamento, pero hay que calificarlas claramente como tales.

A continuación, se abordará la posibilidad de generalizar los resultados o validez externa. No se debe sobreestimar el significado del trabajo. Hay que evitar las declaraciones categóricas y los planteamientos no respaldados por los datos utilizados (evitar la especulación y la excesiva generalización). Posiblemente, la contribución a la práctica clínica sea pequeña y limitada a un área del conocimiento, pero hay que expresar cómo se ha progresado. Se deben sugerir los modos de mejorar la investigación subsiguiente.

Clasificación de la evidencia

Los artículos que evalúan intervenciones terapéuticas contendrán después de las conclusiones una subsección titulada clasificación de la evidencia. Aquí se señala en una oración lo siguiente: este estudio brinda evidencia clase (I, II, III, o IV) que él (tratamiento) (reduce/incrementa/disminuye/es bien tolerado) para (especificar el trastorno).

PRESENTACIÓN DE CASO

Es una comunicación breve o reporte sobre un caso individual con información novedosa e importante. Los tópicos apropiados para la presentación son:

- Un trastorno no descrito previamente. Actualmente es una razón infrecuente dada la profusión de reportes a nivel mundial.
- Un trastorno raro o la asociación rara de enfermedades. Resultan de interés cuando permiten generar hipótesis sobre la patogenia o crean un desafío particular en su manejo.
- La presentación de síntomas o signos raros o previamente no reportados de alguna enfermedad. Hay que justificar el diagnóstico y excluir otras explicaciones o la coexistencia de varias enfermedades.
- Un resultado particular, como puede ser un pronóstico diferente al esperado o los efectos adversos no detectados durante los ensayos clínicos.
- Un resultado útil obtenido con un novedoso proceder diagnóstico o terapéutico. También está el caso de la respuesta no usual del paciente a una intervención.

Los reportes de casos sirven para documentar las enfermedades cuya historia natural, fisiopatología o manejo no han sido exploradas por las grandes series. Por lo tanto, ante la existencia de series de casos publicados sobre el tema, no son adecuados los reportes de casos con aporte mínimo. Las reuniones anatómo-clínicas son tipos especiales de informe de caso con un propósito educacional.

El texto debe enviarse en el formulario (Véase el Anexo). Sus apartados esenciales son: Introducción, Caso clínico y Discusión. Pueden tener hasta seis figuras, tres tablas y de 15 a 25 referencias (más de 50 % del total deben haberse publicadas en los últimos cinco años). Se aceptan presentaciones breves de 1 a 2 páginas con una imagen interesante y una discusión breve.

Introducción

Incluirá información sobre los antecedentes, la importancia del reporte y se hará una declaración precisa del objetivo. Aquí se describe el estado actual de los conocimientos sobre la enfermedad con una fundamentación breve. Luego se señala la razón por la que el caso es ilustrativo mediante el planteamiento de uno o varios de los tópicos señalados previamente.

Caso clínico

Incluye la sinopsis de las investigaciones y la intervención aplicada enfocada en los resultados más relevantes. Seguirá el siguiente formato definido: presentación clínica (anamnesis de la enfermedad, historia médica, historia familiar, examen clínico), datos de laboratorio y de neuroimagen, datos neuropatológicos (proporcionados por autopsia, biopsia de tejido, examen genético, etc.), tratamiento y evolución (incluye el desenlace o resultado del caso luego del procedimiento médico: mejoró, empeoró o falleció).

No es aceptable un reporte de caso basado solamente en las descripciones clínicas. Los nombres e iniciales deben evitarse, pero cuando son varios casos puede usarse un código (paciente No. 1, etc.). Los detalles personales no esenciales deben omitirse.

La información se presentará cronológicamente. La descripción del caso observado debe ser semiológicamente cuidadosa, detallada y profunda (por ejemplo: caracterización semiológica

de la ubicación y severidad del déficit motor, sensitivo, etc.). Deben usarse las escalas recomendables y pertinentes para la valoración de los pacientes neurológicos (escala de espasticidad, escala de fuerza muscular, escala de reflejos miotáticos del NINDS, escala de ictus NIH, escala sumada de coma de Glasgow, etc.).

Es preciso limitar la descripción de los hallazgos negativos o normales. Se evitará la inclusión del esquema de reporte del examen físico normal, el encabezamiento de los hallazgos con frases prefabricadas (“las pruebas revelaron” o “en el examen profundo realizado al paciente...”), o las expresiones incorrectas con respecto a los signos (por ejemplo: signo de Babinski positivo o negativo, en lugar de presente o ausente).

Las figuras se limitarán a aquellas que realzan el estudio. Son apropiadas las imágenes de pacientes (con la cara enmascarada digitalmente para preservar el anonimato), microfotografías de tejidos, imágenes de resonancia magnética, angiogramas y otros procedimientos diagnósticos visuales. La presentación clínica se correlacionará con un diagnóstico neuropatológico claro (usualmente basado en métodos histológicos, bioquímicos o moleculares). Por esto, se recomienda que en alguna parte del texto se proporcionen los criterios utilizados para diagnosticar el trastorno presentado.

Los autores cuidarán el cumplimiento de los principios éticos, especialmente el derecho de consentimiento informado para los pacientes. Es importante contactar al paciente y explicarle que se publicará un reporte donde no se usará su nombre y los detalles personales serán mínimos. Una buena práctica es brindarle una copia del artículo final al paciente. Se debe mantener la confidencialidad, incluso, cuando el paciente fallece. En este caso, el consentimiento debe obtenerse formalmente del familiar más cercano o tutor.

Hay que obtener el consentimiento de otros médicos directamente involucrados en el cuidado del problema del paciente. Ellos también deben leer una copia del artículo antes de su envío a la revista. Frecuentemente, ellos pueden actuar como coautores. Sin embargo, el hecho de haber cuidado al paciente no justifica su calificación como autor.

Discusión

Se explicará como el caso presentado constituye un aporte sobre la enfermedad o trastorno. Debe revisar críticamente los fenómenos del caso descrito y de otros trabajos publicados.

Hay que evitar la expansión de la discusión con información no relacionada con el aspecto presentado. El reporte de casos no es un artículo para una revisión extensa de la literatura. Cuando se realiza una revisión de la literatura, se declararán los criterios de búsqueda y selección.

Antes de finalizar hay que señalar las limitaciones de la presentación. Se debe tener en cuenta las posibles fuentes de sesgo. Su formato carece de muestreo estadístico, no incluyen controles, tienen un tamaño de muestra reducido (uno o varios pacientes) y no están cegados; estas limitaciones requieren de una interpretación de los hallazgos prudente.

Hay que valorar la posibilidad de generalizar los resultados o solucionar problemas concretos. Finalmente, se incluyen las conclusiones con una interpretación global prudente del caso presentado. Se sugerirá la dirección de las investigaciones futuras.

ARTÍCULO DE REVISIÓN, ESPECIAL Y OBITUARIO

El texto del artículo de revisión o especial debe enviarse en el formulario (Véase el Anexo).

Artículo de revisión

Consiste en una presentación de contenidos basados en bibliografía actualizada sobre algún tema práctico clínico-quirúrgico relevante o de interés para las especialidades. Se considera como “revisión” los análisis de literatura correspondientes a los últimos diez años.

Sus apartados esenciales son: Introducción, Estrategia de búsqueda y criterio de selección, Resultados (desarrollo del tema con los subtítulos que considere el autor) y Conclusiones. Pueden tener hasta seis figuras, seis tablas, y de 25 a 80 referencias (más de 75 % del total deben haberse publicado en los últimos cinco años). No se aceptan las revisiones cuyo intervalo de búsqueda tengan más de tres años de antigüedad (una búsqueda efectuada en 2014 no se acepta teniendo en cuenta el año 2018).

Introducción

En la introducción se presentarán los antecedentes relevantes, la importancia del estudio y se hará una declaración precisa del objetivo primario de la revisión. Esta declaración del

objetivo debe tener en cuenta algunos factores como causa, diagnóstico, pronóstico, terapia o prevención.

El objetivo debe corresponderse con una o varias preguntas investigativas específicas. En las preguntas que abordan un tratamiento es preciso identificar: 1) Al grupo de pacientes, 2) La intervención estudiada, 3) Las otras opciones disponibles para la comparación, y 4) Las medidas de resultado apropiadas para el caso. El segundo aspecto en caso de preguntas sobre intervenciones diagnósticas es la identificación de la prueba valorada y, en caso de revisiones sobre pronóstico, se identifica la exposición.

Estrategia de búsqueda y criterio de selección

Se trata de una subsección breve que incluye la estrategia de búsqueda, el criterio de selección de los estudios y el criterio de extracción de la información. Esta sección equivale a los métodos de los artículos originales.

En primer lugar, se describen las fuentes de los datos usados, además de las estrategias de búsqueda, años y otras fuentes de material como búsquedas subsiguientes de referencia o artículos recibidos. Las fuentes potenciales incluyen bases de datos computarizadas (PubMed, Scopus, Scielo), registros, folletos de resúmenes, referencias identificadas de las bibliografías de artículos y libros, y compañías o fabricantes de pruebas o agentes bajo revisión.

Cuando se utiliza una base de datos bibliográficos, deben señalarse los términos exactos de indización usados para la recuperación de los artículos (palabras clave o descriptores de ciencias de la salud), años de cobertura u otros límites (por ejemplo: *English language, human subjects, published in the last 5 years*). La búsqueda debería realizarse poco tiempo antes de la redacción y envío del artículo. Con el fin de definir el dominio de la investigación, se deben utilizar ecuaciones de búsqueda (expresiones que consisten de palabras claves y operadores lógicos) que incluyan los términos específicos del tema (OR, AND).

Se explicarán los métodos para evaluar la calidad y la inclusión de los artículos identificados. Los criterios empleados para seleccionar los artículos se determinan por los objetivos de la revisión, su calidad metodológica y los criterios de calidad científica. Los detalles de la selección deben incluir poblaciones particulares, intervenciones, resultados, o diseños

metodológicos. El método usado para aplicar estos criterios debe señalarse (selección por los autores, revisión ciega, consenso de múltiples revisores). Frecuentemente, se describe el número de estudios valorados y hallados como elegibles.

Resultados y discusión

El artículo puede tener los subtítulos que el autor crea convenientes. Los hallazgos mayores de la revisión del tema clínico o quirúrgico deben valorarse bajo una perspectiva, basada en evidencias, objetiva y balanceada. Las evidencias de mayor calidad recibirán el mayor énfasis.

Los resultados numéricos se acompañarán de los intervalos de confianza y, si es necesario, de los niveles de significación estadística. La evaluación de las pruebas de cribado y diagnósticas debe incluir la sensibilidad, especificidad, razón de probabilidad, curvas de características operativas y valores predictivos. Los estudios sobre el pronóstico incluirán un sumario de las características de los sobrevivientes y las variables relacionadas.

Es vital declarar las causas mayores de variación entre los estudios realizados, entre ellas las diferencias en los protocolos de tratamiento, co-intervenciones, factores de confusión, medidas de resultado, tiempo de seguimiento y rango de abandono. También se debe realizar un análisis detallado de los artículos que se identifiquen como directamente relacionados con las ideas más importantes y los aspectos relevantes para el tema. El objetivo fundamental es identificar qué se conoce del tema, qué se ha investigado y qué aspectos permanecen desconocidos.

En la revisión sistemática se hace un resumen de evidencias mediante un riguroso proceso (para minimizar los sesgos) que identifica, evalúa y sintetiza estudios para contestar a una pregunta clínica específica y extraer conclusiones sobre los datos recopilados. En la revisión descriptiva se hace una puesta al día sobre conceptos útiles en áreas en constante evolución. Otro tipo de revisión son los casos clínicos combinados con revisión bibliográfica.

Conclusiones

Deben responder claramente a los objetivos y preguntas delineados en la introducción del trabajo, basarse en la evidencia disponible y enfatizar cómo el médico debe aplicar la

información brindada. Puede sugerirse la necesidad de nuevos estudios y los aspectos que estos deberían tratar.

Artículo especial

Incluye los protocolos, artículos de consenso, puntos de vista, entrevistas, artículo histórico y sobre la colaboración médica cubana internacionalista. Acorde con las características del artículo se expondrán los apartados (introducción, desarrollo y conclusiones). Generalmente, su extensión es similar a la de los artículos de revisión.

El artículo histórico es un relato o narración del desarrollo original de los sucesos históricos relacionados con las especialidades neurológicas y neuroquirúrgicas en Cuba (personalidades, métodos diagnósticos o eventos particulares determinantes). El artículo sobre la colaboración médica cubana internacionalista brindará los antecedentes y evolución de la solidaridad en un ámbito de la neurología o neurocirugía cubana. Acorde a las características del artículo se expondrán los apartados.

Obituario

Aborda los detalles de la vida de una persona fallecida recientemente y con un desempeño célebre en la Neurología o la Neurocirugía Cubana. Puede tener hasta cinco páginas y seis figuras. No incluye apartados.

REPORTES Y RESÚMENES DE EVENTOS NEUROCIENTÍFICOS

Contendrán la información más relevante presentada en el congreso, simposio, taller o curso. La extensión de un anuncio será lo más reducida posible. Pueden tener hasta cinco páginas, seis figuras y cinco referencias. No incluyen tablas. Debe enfatizarse en los aspectos o temas nuevos e interesantes expuestos en las sesiones. No se acepta la publicación de los resúmenes de presentaciones individuales (oral con diapositivas, póster electrónico, conferencia magistral) porque, en caso de tener relevancia, deben ser publicados como artículos originales o especiales.

CORRESPONDENCIA

Son cartas que comprenden los comentarios, preguntas o críticas a los artículos publicados en el número previo y sus posibles réplicas. Van dirigidas al editor principal, nunca al autor del trabajo publicado previamente en la revista. El artículo de correspondencia puede tener hasta una página y cinco referencias. No incluyen apartados, figuras ni tablas.

Deben incluir información no publicada que potencie el debate conciso entre los autores. No es suficiente expresar la aprobación o disenso. Debe expresar una perspectiva razonada y específica. No deben duplicar otro material enviado para publicación, o tratar algún contenido irrelevante, sin interés, o que carezca de contundencia. Se descartarán los comentarios descorteses, arrogantes, inexactos, difamatorios o condescendientes.

La réplica es el derecho del autor de un artículo que haya sido directamente aludido a través de la correspondencia aceptada para su publicación, y será publicada en el mismo número de dicha correspondencia o a continuación en el plazo menor posible. El contenido de la réplica deberá limitarse a la información que la motiva y, en ningún caso, se debe involucrar el juicio de terceras personas. No se aceptarán las contrarréplicas, comentarios, apostillas u otras imágenes o expresiones que desnaturalicen la función de la réplica, rectificación o respuesta.

Una modalidad especial es la crítica de libros. Se puede presentar una revisión de algún libro relevante (tipo de libro, audiencia posible, precio, número de páginas/capítulos, organización de los capítulos, fortalezas y debilidades, calidad de las imágenes, usabilidad, actualidad, comparación con otros, novedades desde la última edición, controversias).

SECCIONES DEL EQUIPO EDITOR DE LA REVISTA

Editorial

Son escritas por un editor de la revista o por un invitado. El contenido editorial, frecuentemente, aludirá a los temas publicados en el número, un problema de actualidad o la política editorial. Pueden tener hasta cinco páginas y 12 referencias. No precisan de resumen.

Correcciones, retractaciones y notas

Son elaboradas por el editor y comprenden fe de erratas u opiniones sobre la validez de un artículo. Siempre se corregirá cualquier error de un medicamento, dosis, unidad, un error numérico en los resultados, o cualquier error factual en la interpretación de los resultados.

Los errores que sean lo suficientemente graves como para invalidar los resultados de un documento y sus conclusiones pueden requerir su retracción. Sin embargo, en el caso de que el error no sea deshonesto (una clasificación errónea o un cálculo erróneo), puede considerarse la retractación con re-publicación (también denominada “reemplazo”). Acompañado a la nota se publicará una nueva versión del artículo y se archivarán las versiones anteriores del artículo de manera que pueda ser directamente accesible a los lectores.

Apéndices

Comprende: 1) El reconocimiento al equipo editor y los revisores externos, 2) El documento con el directorio de los especialistas, 3) Las instrucciones para la presentación y publicación de artículos en la revista, y 4) Otros documentos anexos para el desempeño de la revista elaborados por el equipo editor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Se numerarán según el orden de mención en el texto. Deben identificarse en el texto y las tablas con números arábigos volados (superíndice). Hay que tratar de que aparezcan al final de la idea (después del signo de puntuación) y no en medio de la oración. La lista de las referencias bibliográficas se confeccionará de forma manual, y no empleando la lista numérica que brinda la aplicación Word.

Siempre que sea posible se utilizará una referencia para cada información publicada y se evitarán las citas excesivas (por ejemplo: 1-10). La “hipercitación” es un indicador de inseguridad, de haber compilado mucho, pero no de conocimientos. Cuando se cita una copia de texto (por ejemplo: una oración completa o un extracto de texto más extenso) se usan las

comillas si la cita es de pocas líneas; si sobrepasa las 4 líneas, entonces se pone en bloque con sangría.

Se incluirán citas de documentos publicados relevantes y actualizados. Se recomienda la citación de trabajos publicados en español o inglés (sobre todo de los dos últimos años) que sean considerados relevantes por el autor. Es importante citar publicaciones cuyos resultados no coincidan con la investigación presentada. No es adecuado incluir una cita tomada de un artículo diferente o del resumen de un artículo. El material que se emplee debe ser “reconocido”. Es decir, no puede consistir meramente en conversaciones o en archivos descargados de Internet sin referencias. Los trabajos reconocidos son aquellos que han sido revisados por expertos antes de ser publicados. Se evitará la inclusión como referencias bibliográficas de libros de texto y actas de reuniones. Las actas médicas de congresos contienen artículos de calidad muy variable.

Deberá evitarse la mención de las comunicaciones personales y los documentos inéditos; solo se mencionarán en el texto entre paréntesis si fuera imprescindible. El autor debe declarar en su carta de presentación que obtuvo el permiso del autor de cualquier comunicación personal citada en el artículo. Las referencias de artículos aprobados para su publicación se incluirán con la indicación de la revista y la aclaración *en prensa* entre paréntesis ().

Estilo de citación de artículo de revista o libros

Se observará el cumplimiento del orden de los elementos y de los signos de puntuación acorde al estilo de la National Library of Medicine (NLM) para sus bases de datos.

Formato de citación de revista

Autor o autores (solo los seis primeros autores, seguidos de coma y et al.). Título (como aparezca en la publicación). Nombre de la revista abreviado (No se abrevia si es una sola palabra) [Internet]. Año [citado: día/mes/año]; volumen (entre paréntesis se señala solo el número): páginas (123-125 se expresa como 123-5, pero 124A-126A es correcto; si no tiene páginas expresar un aproximado [aprox. 3 p.]). Disponible en: (indique la URL) DOI (si está disponible. Si de una publicación conocemos el DOI y la URL, solo se pondrá el DOI).

Para las revistas internacionales se sugiere consultar y copiar los elementos de la citación del artículo específico que brinda PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed). Hay que aclarar que se señala Internet y la URL cuando se consulta un artículo en digital (o su impresión); sin haberlas buscado en el navegador, no se presentan con todos esos datos.

Formato de citación de libro

Autor/es. Título del libro. Edición (no se especifica la primera edición y se pone en abreviatura como 2a ed.). Lugar de publicación: Editorial; año.

Formato de citación de capítulo de libro

Autor/es del capítulo. Título del capítulo. En: Director/Coordinador/Editor literario del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. p. (página inicial del capítulo-página final del capítulo).

Formato de citación de monografía en Internet

Autor/es. Título [Internet]. Nombre del sitio; año [citado: día/mes/año]. Disponible en: (especificar la URL)

TABLAS

Para crear las tablas se usará el mismo software con que se confeccionó el artículo (Microsoft Word®). No se deben insertar las tablas como imágenes en el artículo, ni incluir la tabla dentro de una imagen. Se deben colocar dentro del texto en lugar de enviarse en archivos separados. Los datos que se presentan en las tablas no deben repetirse en las figuras (o viceversa). Las tablas, al igual que las figuras, son un complemento en el análisis y redacción de los resultados de la investigación. Si en el cuerpo se reproduce lo contenido en las tablas, es una repetición de información innecesaria.

Se presentarán en forma vertical numeradas consecutivamente en arábigos y acorde al orden en que se mencionan en el texto (por ejemplo: Tabla 1). La palabra irá escrita normalmente con inicial minúscula, pero si es citada va entre paréntesis (tabla). Cuando se trata de una sola tabla no se pone número. Cada tabla ha de llevar su título, que debe ser breve, neutral

(por ejemplo: “Respuesta al tratamiento...” en lugar de “Respuesta aumentada al tratamiento...”), con un máximo de 10 palabras y no más de dos líneas. El título no va en negritas y no lleva punto final. Se escribe con fuente Times New Roman, tamaño 11 puntos, e interlineado sencillo. No se reitera en cada tabla el lugar y fecha de realización del estudio.

Las tablas no ocuparán más de una hoja y tendrán un diseño simple. Se usarán letras con fuente Times New Roman, tamaño 9 puntos, e interlineado sencillo. Los bordes de cada celda deben ser visibles y cada dato debe incluirse en su celda. En la misma celda se incluyen el número y las medidas relacionadas (como el porcentaje y las medidas de variabilidad). Se omiten datos que no sean informativos (cuando una columna contiene los mismos valores en todas las filas y se menciona este resultado en una nota al pie de la página). No se confundirá una tabla con una serie de listas donde el contenido de una celda no se relaciona con la adyacente.

Las filas y columnas deben tener una consistencia lógica. Las columnas deben estar bien alineadas y llevar su correspondiente cabecera. La primera columna se justifica a la izquierda y el resto de las columnas se colocan centradas. Las unidades de medida deben reflejarse entre paréntesis de manera directa en la primera fila o columna de la tabla.

Cuando se desconoce el dato de una celda se señala con un guion centrado. Si los datos no corresponden, la celda deberá indicar “NA” (señalando que no se aplica en la nota al pie). No debe usarse color o sombra dentro de la tabla. Tampoco debe incluirse el nombre de los pacientes o sus iniciales en las tablas. Las referencias citadas dentro de la tabla deben usar números en lugar del nombre de los autores.

Todas las abreviaturas que aparezcan en las tablas deben especificarse en sus pies. Para las notas al pie de la tabla se usará el siguiente orden de símbolos: * † ‡ § || ¶ ** †† ‡‡. No se señala la fuente cuando se trata de datos primarios (historia clínica, encuesta). En el pie se explicará la razón de cualquier celda vacía. Cuando sea relevante, se añadirá una nota para explicar la causa de que los números puedan no sumar el total del grupo o los porcentajes no lleguen a 100 %.

Tablas de frecuencias

A continuación, se ejemplifica la manera correcta de presentar una tabla de frecuencias:

Tabla 1 - Características descriptivas de los pacientes con ictus isquémico

Hallazgo clínico	No. (%)
Edad > 60 años	163 (81,5)
Sexo masculino	105 (52,5)
Hipertensión arterial	145 (72,5)

Tablas comparativas

Las tablas, donde se comparan varios grupos de pacientes, deben construirse de manera que cada grupo aparezca en la fila superior y permita la lectura en sentido horizontal. En la primera columna se añaden los nombres de las variables a comparar entre cada grupo. En la casilla de encabezamiento se denota en número de sujetos en cada grupo. A continuación, se ejemplifica la manera correcta de presentar este tipo de tabla:

Tabla 2 - Evolución de los pacientes por grupos de estudio

		Fármaco 1300 mg/día (N= 150)	Fármaco 2200 mg/día (N= 230)
Edad promedio (años)		35	36,5
Sexo	Masculino (%)	75 (50)	120 (52,2)
	Femenino (%)	75 (50)	110 (47,8)
Tiempo desde el debut hasta el tratamiento (rango de días)		23 (2-30)	16 (2-24)
≥ 6 meses sin crisis (%)		45 (30)	85 (36,9)

Si la tabla ocupa más de una hoja, se repite el título y las cabeceras de las columnas seguido de “continuación”.

En las tablas descriptivas se deben evitar las pruebas de significación y los valores P. En las tablas donde se aplica alguna prueba de asociación estadística debe aparecer, como nota, el nombre y/o símbolo de la misma (estadígrafo), así como el valor obtenido de su cálculo y

el valor exacto de P. Es inadecuado señalar al pie si el resultado es menor o mayor que 0,05; 0,01 o cualquier otro valor prefijado (significación estadística). El valor P para comparación con respecto al valor actual se brinda en un pie de notas cuando se hacen pocas comparaciones. En las tablas comparativas detalladas, por lo general, la columna final se destina para listar todos los valores P y puede combinar varias celdas verticalmente.

FIGURAS

Las fotografías, gráficos, dibujos, esquemas, mapas, otras representaciones gráficas y fórmulas no lineales, se denominarán figuras y tendrán numeración arábiga consecutiva. Se utilizarán los gráficos como una alternativa a las tablas con múltiples entradas. Las figuras como las tablas son un complemento del cuerpo del texto, no deben reflejar la misma información anunciada en la sección. No se debe duplicar la información.

Las figuras deben ser originales y elaboradas por el autor. En caso de utilizar alguna imagen de otra publicación, el autor debe disponer de los permisos correspondientes de la editorial propietaria de las imágenes.

Las figuras se enviarán en el tamaño que se desea que tengan en la publicación. Se recomienda que cada elemento individual no tenga más de 500 KB y nunca exceda 1 MB. El ancho máximo de las figuras es 6,93 pulgadas (175,9 mm). El formato requerido para los archivos de figuras es el JPEG.

Todas las figuras deben aparecer a continuación de su primera mención. No deben aparecer al final o como anexos. Las figuras con múltiples partes comentadas deben ser rotuladas con letras capitales (A, B, C, etc.) en la esquina superior izquierda de cada una. A cada letra le corresponde un comentario en el pie de figura. Solamente se aceptará que cada figura incluya hasta ocho partes o letras capitales (de la A hasta la H). La yuxtaposición de elementos de diferentes partes de una sola imagen o de diferentes imágenes debe estar claramente indicada mediante la adición de líneas divisorias, bordes y/o etiquetas de panel. Dentro de la figura se usará la letra Verdana 10 y solamente usará mayúsculas en la primera letra. Los datos interiores deben ser concisos y las explicaciones aparecerán en el pie de la figura.

Imágenes clínicas, dibujos y esquemas

Se incluyen imágenes médicas, microfotografías, fotografías clínicas y fotografías de especímenes de biopsia. Las fotografías médicas deben velar por la ética y los cuidados sanitarios; no debe aparecer, por ejemplo, un personal de la salud sin guantes o sin la ropa adecuada durante un procedimiento, o elementos que no cumplen una función significativa en el mensaje visual que se quiere transmitir.

Las leyendas de las microfotografías deben precisar el tipo de tinción utilizada y la magnificación. La resolución de las imágenes debe ser, como mínimo, de 300 puntos por pulgada. Se mantendrá sin modificaciones el modo de color RGB original para las fotografías a color. El modo de escala de grises se usará para las fotografías en blanco y negro como las radiografías, imágenes de ultrasonido, de tomografía axial computarizada, IRM convencional.

Los ajustes digitales de brillo, contraste o color aplicados uniformemente a una imagen entera son permisibles siempre que estos ajustes no resalten, falseen, oscurezcan o eliminen selectivamente algún detalle de la figura original, incluyendo el fondo. No se aceptan los ajustes selectivos aplicados a elementos individuales de una imagen. El recorte de las imágenes debe evitarse a menos que mejore significativamente la claridad de la presentación.

De los estudios de imágenes se eliminarán las letras blancas que se añaden por el equipo cuando se obtienen. Para evitar la confusión de perspectivas, los lados derecho e izquierdo y las imágenes coronales deben marcarse apropiadamente con D para derecha y/o I para izquierda. Las leyendas de las IRM incluirán los términos relacionados con el momento de adquisición y el tipo de secuencias.

Las imágenes que incluyan etiquetas, flechas u otros marcadores deben presentarse en dos versiones: una versión con los marcadores y otra sin estos. Se brindará una explicación para todas las etiquetas, flechas u otros marcadores en la leyenda de la figura.

Los dibujos sirven para ilustrar detalles anatómicos, mecanismos fisiológicos, orientar las imágenes médicas o procederles. También pueden utilizarse cuando es difícil o imposible tomar una imagen. Las líneas de los trazos importantes serán de color negro. El fondo será blanco.

Gráficos

Cada uno de los gráficos debe enviarse en un archivo por separado, y haber sido elaborado en programas que permitan la edición del formato, tales como Microsoft Excel[®]. No se aceptarán figuras en formato Power Point[®]. En los gráficos se adjuntará el archivo Excel con el que fueron confeccionados. Las líneas de los gráficos incluirán los ejes x-y. Serán de color negro y su grosor mayor de 0,25 puntos. Se evitará el adorno excesivo como las barras tridimensionales.

En los gráficos de barras se usarán rellenos para cada barra de color sólido (rojo, azul, verde, amarillo) en lugar de patrones. Al presentar los datos de frecuencia (números o porcentajes) cada barra representará una categoría. Los gráficos de barras son típicamente verticales, pero cuando las categorías tienen títulos largos o hay muchos de ellos, pueden colocarse horizontalmente. La escala en el eje de frecuencia debe comenzar en 0.

Los gráficos de líneas deben ser líneas de colores sólidos en lugar de puntos y guiones. En los gráficos de líneas se mostrará la relación entre dos o más variables cuantitativas como son los cambios a lo largo del tiempo. La variable dependiente aparece en el eje vertical (y) y la variable independiente en el eje horizontal (x). Los ejes deben ser continuos.

El gráfico x-y (dispersión) con líneas rectas permite mostrar la proporción o porcentaje de individuos (representados en el eje y) que permanecen libres o experimentan un resultado específico en el tiempo (representado en el eje x). La curva debe dibujarse de manera no suavizada. El número de individuos seguidos para cada intervalo de tiempo (número en riesgo) debe mostrarse debajo del eje x. También puede usarse este gráfico para mostrar los puntos de datos individuales trazados acorde a los valores relacionados con las escalas cuantitativas continuas de los ejes x-y. Una curva generada matemáticamente puede añadirse a los datos para resumir la relación entre las variables.

El gráfico de cotizaciones sirve para mostrar la distribución de datos de uno o más grupos, en particular los datos de agregados/resumen. Cada elemento debe ser descrito (volumen, aperturas, cierres, máximos y mínimos). Los datos atípicos se muestran como círculos trazados más allá de los extremos.

Diagramas de flujo o flujogramas

Sirven para mostrar el reclutamiento y seguimiento de los participantes, o las inclusiones y exclusiones (como en una revisión sistemática). El programa Microsoft Word® brinda las características básicas para hacer diagramas de flujo. Hay que usar el color negro o los colores sólidos señalados para los gráficos. Debe ser de arriba hacia abajo, no en sube-baja. Tampoco se debe entrecruzar las líneas (usar, si es necesario, algún puente gráfico).

Cuadro sinóptico

Es una manera simple de explicar un tema de manera lógica y esquemática. Sirve para organizar ideas, comunicar y enseñar temas puntuales. Permite establecer las relaciones, diferencias y semejanzas entre temas y subtemas. Se pueden hacer de manera horizontal o vertical. Se diferenciarán las jerarquías de conceptos con figuras y colores diferentes para cada tipo.

ARCHIVOS COMPLEMENTARIOS

Son archivos que complementan el trabajo enviado. La información de algunos de ellos se incluirá en el artículo.

Convenio del autor con la revista

El autor es una persona que hace una contribución intelectual sustancial al artículo enviado. Los autores deben completar el convenio sobre autoría del artículo enviado (Véase el Anexo). En el mismo anotarán sus nombres y apellidos completos ordenados según su participación en una lista, uno abajo del otro. En la línea correspondiente deben brindar la firma manual, excepto en casos justificados donde el autor principal puede asumir la responsabilidad. Se utilizan números arábigos, no romanos. Si coincide la afiliación institucional de dos o más autores se utiliza el mismo número.

Para una correcta citación del artículo debe comprobarse la escritura completa de los nombres y apellidos de los autores (un mismo autor puede ser: Pedro Rodríguez, Pedro García, Pedro Rodríguez García, Pedro L. Rodríguez-García, Pedro Luis Rodríguez García). Los segundos

nombres y apellidos corren el riesgo de ser truncados o distorsionados al ser incluidos en las bases de datos. Con los nombres propios, el guion (-) se usa para unir dos nombres de pila, cuando el segundo de ellos puede confundirse con un apellido; o para formar apellidos compuestos por la suma de dos simples. Deben conservarse los acentos. Se respetará la elección del autor para expresar sus nombres y apellidos.

Se recomienda brindar la mayor cantidad de información posible para discriminar los datos de filiación institucional de cada autor: 1) Nombre del centro de trabajo o institución (nombre completo y acrónimo, si existe), y 2) Ciudad y país de la institución. El nombre de la institución debe escribirse en el idioma original, para evitar el incremento de nombres no homologados. Todos estos elementos de la filiación institucional tienen que separarse con comas. En el caso de investigadores vinculados a dos instituciones (como un hospital y una universidad), se debe indicar la doble afiliación. Como algunos sistemas no incluyen dos o más instituciones, es preciso que la primera sea la más relevante.

La petición de adición o eliminación de un autor, o de la reorganización en los nombres de los autores de un artículo aceptado debe ser enviada por el autor responsable de la correspondencia y debe incluir la razón por la cual se ha tomado esa determinación. La confirmación por escrito mediante un nuevo convenio sobre autoría será enviada por correo electrónico al director de la revista. Será firmada por todos los autores que están de acuerdo con la adición, supresión o reorganización. En el caso de adición o eliminación de los autores, se debe incluir la confirmación de parte del autor que se ha añadido o eliminado.

El autor de la correspondencia es el responsable del envío del artículo y de todas las comunicaciones con la revista durante el proceso de revisión. Debe garantizar que los autores aprueben la versión final del artículo, además de las versiones que se vayan realizando en el proceso de evaluación y redacción del artículo.

Contribución de los autores

En un documento Word anexo se aclarará el aporte de cada autor en la investigación o en la confección del artículo. Un ejemplo es el siguiente:

1. *Pedro Luis Rodríguez García*. Selección de la muestra del estudio y obtención de los datos.

2. *Ramiro Jorge García García*. Elaboración del instrumento de medición, análisis estadístico formal y redacción del documento original.
3. *Ángel Jesús Lacerda Gallardo*. Conceptualización del estudio, preparación de las figuras y redacción del documento corregido.

Luego se añadirá la institución de cada autor y el correo electrónico del autor para correspondencia. El máximo de autores aceptados es de seis, excepto en trabajos multicéntricos o en estudios muy justificados. El comité editorial de la revista se reserva el derecho de considerar, según las características de la investigación, los efectos de autoría, lo que será comunicado a los autores durante el proceso de evaluación.

Agradecimientos

La existencia o inexistencia de agradecimientos se debe señalar en el convenio de los autores con la revista. En un documento Word anexo se reconoce las contribuciones de las personas, centros o entidades que apoyaron o colaboraron en la realización del trabajo. Es una sección opcional. Ejemplos a incluir en los agradecimientos: 1) Personas que solamente brindaron consejo o guía general, revisaron el artículo o colaboraron con ayuda técnica (brindar materiales o pacientes, supervisar de forma general al personal del estudio, brindar asistencia técnica, o recoger los datos), 2) Colaboraciones en la redacción del artículo y el análisis estadístico independiente, 3) Autores que autorizaron la reproducción de material publicado previamente (como las figuras), 4) Direcciones de departamentos o de otras instituciones cuya participación sea de apoyo general, y 5) Ayudas económicas y materiales (fuentes de financiación y apoyo económico con una explicación del rol del financiador). Los agradecimientos personales deben preceder a los de instituciones y agencias.

La lista debe incluir los nombres, grados y afiliaciones de los participantes y la contribución específica que cada uno efectuó. Los grupos de personas que han contribuido materialmente en el artículo, pero cuya colaboración no justifica su autoría, deben aparecer como “investigadores clínicos” o “investigadores participantes”, y asimismo debe describirse su función o contribución, como “asesor científico”, “ha realizado la revisión crítica de la

propuesta del estudio”, “ha recogido datos”, o “ha proporcionado y cuidado de los pacientes del estudio”.

Conflicto de intereses

La existencia o inexistencia de conflicto de intereses se debe señalar en el convenio de los autores con la revista. En el documento Word anexo se especificarán los detalles en caso de existir algún conflicto de interés.

Existe un conflicto de interés cuando el autor (o la institución del autor) tienen relaciones económicas o personales con otras personas u organizaciones que podrían sesgar su trabajo. Dentro de los conflictos se incluye: 1) Investigación de la misma muestra de pacientes o producto, 2) Asesoramiento pagado, 3) Aplicaciones de patentes o de la propiedad intelectual, 4) Premios en los tres años que anteceden al envío del trabajo a la revista, 5) Relación personal, competitividad académica y creencias intelectuales. Estas relaciones varían de aquellas con potencial de negligencia a las que pueden influir en el juicio científico. No todas las relaciones a declarar representan conflictos de intereses reales.

Se deben declarar las fuentes de financiación del trabajo, los nombres de los patrocinadores junto con las explicaciones de la función de cada una de las fuentes con respecto al diseño del estudio, recogida de datos, análisis e interpretación de los resultados, redacción del informe, decisión de presentar el informe para su publicación. También pudiera existir una declaración en la que la financiación no tuvo implicaciones. Si los autores no están seguros sobre lo que constituye un conflicto de intereses se sugiere consultar al director de la revista y detallar el tipo de relación.

Otros archivos complementarios

Pueden enviarse los siguientes archivos a través del sistema de la revista o por correo electrónico ante la solicitud del director:

- Copia de todos los trabajos e informes relacionados o análogos al trabajo que se presenta para publicar. Es decir, deben proporcionarse aquellos que contengan contenido sustancialmente similar o que utilicen los mismos datos o similares que

hayan sido publicados, estén aceptados, o que estén siendo considerados para publicar en otros lugares.

- Copia en formato PDF o JPEG del certificado de miembro activo de la Sociedad Cubana de Neurología y Neurocirugía o de la Sociedad de Neurociencias de Cuba. El trabajo de un miembro activo tiene prioridad en el proceso de revisión. Por esto, en caso de estar disponible, el autor responsable de la correspondencia adjuntará también una copia de dicho documento.
- En ocasiones, el equipo editor puede solicitar la base de datos en Microsoft Excel[®], usada para elaborar los gráficos o la base de datos primaria en formato digital. Por esta razón, uno de los autores debe guardar de manera confidencial y en formato digital los datos primarios de la investigación y mantenerlos disponibles luego de la publicación por un periodo de hasta tres años.

LINGUAJE Y FORMATO

El documento se elaborará con el programa Microsoft Word[®] en idioma español, fuente Times New Roman, tamaño 12, interlineado sencillo, párrafos justificados y sin sangría. Para la jerarquía de los títulos de cada sección se utilizarán tres niveles: Nivel 1: **MAYÚSCULAS y NEGRITA**; Nivel 2: **Minúsculas y negrita**; Nivel 3: *Minúsculas y cursiva*. En el texto puede usarse cursiva para resaltar alguna palabra. Todos los vocablos o expresiones en otro idioma (no español) deben ir en cursiva. En el caso del nombre de las instituciones internacionales se emplea la redonda (ejemplo: American College of Endocrinology). No se emplea el subrayado en las URL. Las figuras con sus pies y las tablas se presentan junto con el texto, a continuación de donde se mencionan.

Uso correcto del idioma español

Se recomienda que los autores hagan una revisión ortográfica automática (con la opción de idioma en español) de todos los documentos antes del envío. A continuación, se señalan ejemplos concretos de expresiones recomendadas para mejorar el estilo del artículo:

- En lugar de “sujeto” y “caso” se recomienda el uso de paciente. Es preferible usar *niños* en lugar de “población pediátrica”. Tampoco se denomina al paciente por su enfermedad (paciente epiléptico, paciente canceroso).
- El término “déficit” debe usarse solamente para describir signos neurológicos, no síntomas. Tampoco se confundirá el uso de las palabras que denotan estudio con el término adecuado señalado entre paréntesis: patología (enfermedad), nosológica (enfermedad), psicológica (psíquico o mental), etiología (causa).
- Algunas palabras deben sustituirse por las señaladas entre paréntesis: “sangramiento” (hemorragia, sangrado), “severidad” (gravedad), “resonancia magnética nuclear” (resonancia magnética), “tomografía axial computarizada” (tomografía computarizada), “trauma” (traumatismo), “abordaje” (procedimiento, tratamiento), “entidad” (enfermedad, trastorno).
- Las siglas adoptan el género de la primera voz que la componen: “La TC” (la tomografía computarizada) o “La IRM” (la imagen de resonancia magnética).
- Cuando en la formación de una palabra compuesta quedan juntas las vocales se recomienda la eliminación de una de ellas (alfadrenérgico, ciclooxigenasa, radiopaco), excepto cuando esta duplicación proviene de un prefijo monosilábico: “reexaminar” o cuando la forma resultante coincide con la de otra palabra ya existente de distinto significado [ejemplo: “reestablecerse” (‘volver a establecerse en un lugar’) y “restablecerse” (‘recuperarse de una enfermedad’)]. El grupo vocálico “oe” también tiende a la reducción (por ejemplo: “arteriosclerosis”, “vasospasmo”).
- No deben alternarse en el texto la forma acentuada y no acentuada de las palabras biacentuales (cardiaco o cardíaco, hemiplejía o hemiplejía).

No se recomienda escribir “el autor o los autores” cuando se refiera al autor o equipo de autores del propio trabajo porque resulta ambiguo. En cambio, si fuera necesario se usan expresiones como “yo”, “nosotros”, “en este estudio”, “nuestros resultados”, “en nuestra opinión”. Solamente debe escribir “este estudio” para referirse a los resultados nuevos. Si se hace referencia a una publicación mencionada en una oración previa, se escribe “Este

estudio...”. Si se refiere a los autores de una publicación citada se escribe “estos autores” o el apellido del autor principal, la frase “y otros”, y luego lo que se desea expresar.

Hay que eliminar las oraciones que son obvias (por ejemplo: “El tema investigado es importante”) o los fragmentos redundantes (“Se sabe que...”). En un artículo científico se evitarán las palabras o expresiones vacías. Estas no brindan información real y obligan al lector a una interpretación a partir del contexto que puede ser diferente a lo que se quiso expresar (bueno/malo, alto/bajo, largo/corto, apropiado/adecuado, lo más pronto posible o al rato, fue tratado/controlado por el médico, evolución favorable o desfavorable, etc.).

Se brindará un estándar de referencia para poder comprender la variación, el momento exacto, el tipo de intervención o la variable de resultado que fue medida. Los términos “incremento” o “disminución” se usan correctamente cuando se hacen mediciones sucesivas dentro de un grupo o paciente, pero se sustituyen por “mayor que” o “menor que” cuando se comparan grupos diferentes.

El promedio recomendado para una oración es de 20 palabras. Se recomienda que los párrafos tengan un promedio 10 líneas, aunque es preferible alternar párrafos de esa longitud con otros más cortos (de 3 a 6 líneas). Se deben evitar párrafos muy extensos.

Para darle cohesión al texto hay que conectar las oraciones en un párrafo, luego conectar cada párrafo, las diferentes secciones, y el final con el inicio del texto. Una técnica es usar palabras o frases conectoras (sin embargo, aunque, aquellos, a partir de...) o la repetición de palabras o frases clave sin usar sinónimos. La repetición permite un mayor enfoque al lector y la conexión de ideas separadas físicamente en el texto (por ejemplo: usar parte de la hipótesis o la pregunta de investigación expresada en la introducción para encabezar la interpretación de los resultados en la discusión).

Números y símbolos

Los números enteros desde cero hasta nueve, cuando se usen aisladamente deberán escribirse con letras. Cuando estos números aparezcan como parte de un intervalo o de una serie, con otro u otros iguales a 10 y mayores, se escribirán con cifras. Se utilizará la coma para separar los números decimales en el manuscrito en español (1020,20), el punto decimal en los manuscritos en inglés (1020.20), y un espacio en blanco para separar las unidades de mil a

partir de cinco cifras (10 200 220). Se escriben sin separarlos los números de una fecha, paginación, numeración de textos legales o sus divisiones, números que forman parte de un código o identificadores, firmas y números de registro.

Los símbolos como: -, ±, π, y otros siempre deben estar separados por un espacio de las cantidades u otras letras. Por ejemplo: 50 - 60, 200 ± 10. En el caso de los símbolos >, <, =, estos deben estar unidos a las letras y separados de las cantidades (ejemplo: N= 237, OR= 2,4, p< 0,005). Los datos numéricos después de la coma serán redondeados para presentar dos dígitos (0,41 en lugar de 0,41424).

Barbarismos y extranjerismos

Se cuidará el uso de alguna palabra o expresión extranjera que, por ser muy parecida a otra de nuestra lengua, puede interpretarse de forma errónea. Por ejemplo: enfermedad (condición), fármaco (agente), vía respiratoria (vía aérea), paciente o enfermo (caso), comienzan (debutan), padecer o sufrir (desarrollar), trastorno (desorden), inmunitario (inmune), tratamiento o cuidado (manejo).

Para la distinción de sexo en los pacientes, se recomiendan las formas masculino y femenino. Se emplea “hombre” en sentido genérico. Se cuidará de remplazar los barbarismos (vicios del lenguaje) por los siguientes vocablos correctos: aductor, criptogénico, epilepsia, estadificación, estadio, hematocrito, hipocámpico, metastásico, neurorradiología, pródromo, reanimación, terapéutica, tríada, cigomático.

Como alternativas a los extranjerismos están: fronterizo o límite (*borderline*), escáner (*scanner*), selección o cribado (*screening*), cortocircuito (*shunt*), simposio (*simposium*), Eco del espín (*Spin echo*), endoprótesis (*stent*), estrés (*stress*).

Nomenclatura taxonómica

Las especies bacterianas en todos los casos se nombran por dos vocablos latinos escritos en cursiva (por ejemplo: *Mycobacterium tuberculosis*). Las denominaciones comunes son válidas (por ejemplo: bacilo tuberculoso). En el caso de los virus la denominación es análoga a la de los nombres comunes (por ejemplo: virus del herpes genital, virus de la varicela y herpes zoster).

Los nombres taxonómicos, referencias de obras distintas de las que contiene el texto, y las expresiones en otro idioma deben expresarse en cursiva. No precisan letra cursiva los nombres de sociedades, hospitales o empresas extranjeras, aunque se escriban en su propio idioma (por ejemplo: American Academy of Neurology, World Federation of Neurology).

Siglas

Las siglas deben definirse cuando aparecen por primera vez, salvo en los casos que son reconocidas internacionalmente en el ámbito médico. Las siguientes siglas se usan sin definición: ADN (ácido desoxirribonucleico), ARN (ácido ribonucleico), OMS (Organización Mundial de la Salud), Sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), VIH (virus de la inmunodeficiencia humana).

Se debe evitar el empleo de las siglas en los títulos, resumen, pie de figuras, y títulos de tablas. No se deben saturar los textos con ellas, en tanto dificultan su lectura. Se deben evitar las siglas que no sean repetidas en el texto, al menos tres o cuatro veces. Las siglas no se escriben en plural, o sea, es incorrecto la adición de la “s” minúscula al final de la sigla.

Sistema Internacional de Unidades (SI)

Las unidades deben especificarse en el texto, tablas y figuras. Las medidas de longitud, altura, peso y volumen deben darse en unidades métricas [metro (m), kilogramo (kg) o litro (L)] o en los múltiplos o submúltiplos decimales (milímetro). Las temperaturas deben expresarse en grados Celsius (°C). La presión arterial debe medirse en milímetros de mercurio (mm Hg).

Todos los resultados de laboratorio clínico se informarán en unidades del SI o permitidas por este. Las unidades de medida reportadas como porcentos (por ejemplo: hematocrito) se expresan en fracción decimal. Si se desea añadir las unidades tradicionales, estas se escribirán entre paréntesis. Por ejemplo: glicemia: 5,55 mmol/L (100 mg/100 mL). Hay que evitar el uso descuidado de la barra o diagonal (/).

En medidas de longitud deben usarse el metro y el milímetro con preferencia al centímetro. Así, el diámetro de un quiste se expresará como 24 mm y no como 2,4 cm. Los símbolos de las unidades se escriben en singular (por ejemplo: “1 mm”, “30 mm”, no “30 mms”).

Uso de drogas y dispositivos genéricos o de marca

Al mencionarse por vez primera la droga o dispositivo en el artículo los autores deben señalar el nombre genérico entre paréntesis junto con el nombre, ciudad y estado del fabricante. En las menciones subsiguientes, el nombre genérico debe utilizarse. La inicial de los principios activos se escribe en minúscula (por ejemplo: piridostigmina). También deben señalarse las dosis y vías de administración.

SISTEMA DE REMISIÓN Y PROCESAMIENTO DE ARTÍCULOS

Remisión por el sistema web de la revista

El autor responsable de la correspondencia debe primero registrarse en la revista como autor o acceder como autor si ya está registrado. También debe leer todas las instrucciones que aparecen a continuación. Luego de entrar a la revista con el nombre de usuario y contraseña, selecciona la opción de autor y nuevo envío. Para un nuevo envío debe seguir los pasos siguientes:

1. Empezar el envío. Aquí solamente se selecciona la sección donde propone publicar el trabajo. Luego dar clic en guardar y continuar.
2. Cargar el envío. Se carga con el formulario correspondiente al tipo de artículo que aparece indicado en las instrucciones a los autores: Originales, Revisiones, Presentación de Caso. Extensión máxima 5000 palabras y 2 MB. No incluirá los nombres y apellidos de los autores, títulos académicos o datos de la institución. El texto debe estar en Microsoft Word®. No se debe enviar el trabajo como archivo PDF. Luego, dar clic en guardar y continuar.
3. Introducir los metadatos. De cada autor solamente añadir: Nombre, Segundo Nombre, Apellidos, Correo electrónico (si no tiene usar el del autor principal), ORCID (si no tiene crearlo en www.orcid.org) y país. Cuando sean varios autores se da clic en la casilla añadir autor. Después se coloca el título del trabajo en español y el resto de las

secciones se omiten. No añadir otros datos en las casillas para evitar dificultades en el procesamiento editorial. Luego dar clic en guardar y continuar.

4. Cargar los archivos complementarios. El autor debe cargar al menos dos documentos:
1) El documento escaneado en formato JPG o PDF donde aparece firmado el Convenio del autor con la revista (Véase el Anexo), y 2) El documento en formato Word con la declaración de la contribución de autoría, agradecimientos y conflicto de intereses. Se selecciona cada documento, se da clic en cargar y se espera a que sea subido al sistema de la revista. Luego dar clic en guardar y continuar. Dichos archivos son un requisito clave para proceder a la revisión.
5. Confirmar. En caso de estar todo correcto se da clic en finalizar envío. Se recibirá una confirmación al correo electrónico del autor responsable de la correspondencia. Es preciso que el autor no vuelva a reiterar el mismo envío para evitar dificultades en el procesamiento.

Revisión editorial preliminar

Todos los artículos enviados son inicialmente revisados por el director de la revista. Luego se asigna el trabajo a un editor de sección para su arbitraje (evaluación). Las distintas notificaciones del proceso editorial se reciben por correo electrónico, pero el autor responsable del envío puede consultar el estado de su artículo a través del sistema de la revista.

Los artículos pueden ser rechazados sin someterse a los revisores externos porque no tienen suficiente prioridad o son inapropiados para el ámbito de la revista. Para el artículo que tenga deficiencias menores se les solicitarán a los autores las correcciones en correspondencia con las instrucciones actuales y los estándares de la publicación científica. Un error grave es enviar a la revista un trabajo con el estilo de otra, pues se puede pensar que el trabajo ya fue rechazado por una revista.

En la revisión preliminar participan los editores asociados por área temática (editores de sección de Neurología, Neurocirugía, Neurofisiología, etc.). Los miembros del equipo editor

no participan en las decisiones editoriales sobre su propio artículo científico. Cuando un editor es autor de un artículo se designa a otro para efectuar el proceso de revisión y dictamen.

Proceso de revisión por pares

Acorde a las directrices de la revista, los artículos originales, revisiones, artículos históricos, artículos especiales y presentaciones de casos serán sometidos a arbitraje “por pares” de revisores (*peer review*) externos a doble ciegas. Así el(los) autor(es) y los revisores se mantienen anónimos entre sí.

El editor asociado (editor de sección) se encarga de gestionar la revisión externa por pares externos cuando el director de la revista se lo solicita. Esto incluye la identificación de los revisores, proporcionar segundas opiniones sobre los artículos, solicitar las correcciones a los autores, notificar el proceso a las partes interesadas y enviar el documento aceptado al editor de la Editorial de Ciencias Médicas.

Selección de los revisores externos

El manuscrito de las secciones previamente indicadas es evaluado por dos revisores como mínimo, seleccionados por el editor de sección acorde al cumplimiento de los siguientes criterios:

- Se desempeña de forma voluntaria y no integrará en el equipo editorial durante los doce meses previos.
- No puede ser de la institución con la cual el (los) autor(es) de un artículo está afiliado o haber sido coautor de algún trabajo de los autores recientemente.
- Calificará como experto del tema tratado al tener igual especialidad médica al autor principal del artículo y demostrada experiencia investigativa con publicaciones en los últimos dos años.
- Se le solicitará la declaración de la existencia o inexistencia en los últimos tres años de conflictos de interés potencial que puedan sesgar la revisión del artículo.

La solicitud se hace por correo electrónico y el plazo máximo de espera de la respuesta a la

solicitud de aceptación o rechazo para revisar el artículo asignado es de siete días. Cuando no se recibe la respuesta del revisor en el plazo de días señalados o la respuesta es negativa, el editor de sección retira la solicitud y se la envía a otro revisor. En caso de aceptación se envía todo el documento, excepto algún detalle que identifique a los autores.

Envío del reporte del revisor externo

El revisor debe responder un formulario confidencial (Véase el Anexo). En adición a la recomendación final se confía en que los revisores noten alguna evidencia de incumplimiento de los principios científicos y éticos. Esto incluye evidencia de publicación redundante, plagio, fraude, conflictos de interés no declarado, y violaciones de los derechos de las personas y animales. Son conductas inadecuadas que los revisores hagan comentarios con carga emocional (de apoyo como: “un trabajo interesante y maravilloso” o insultantes y discriminatorios), impongan citas, cambien la recomendación final, rompan la confidencialidad o se comuniquen directamente con los autores para abordar el trabajo. El equipo editor necesariamente no tiene que coincidir con todos los criterios emitidos por los revisores. En el caso de juicios finales dispares entre los dos revisores externos, el trabajo es remitido a ciegas a un tercer revisor que precisará la decisión final de la controversia. En consideración a sus servicios a la revista, el nombre de los revisores externos se incluye en un artículo especial anual.

Para evitar demoras en la publicación de las investigaciones científicas, se les precisa a los revisores que envíen sus comentarios dentro del tiempo indicado en la invitación. Usualmente, el plazo máximo es de 21 días. Cuando existe alguna dificultad para enviar la revisión en tiempo se debe contactar al editor inmediatamente. El revisor puede acordar un plazo de tiempo diferente ante determinada afectación y tiene el derecho de declinar la invitación.

Instrucciones para los envíos corregidos

Los autores serán informados del resultado del proceso de revisión una vez concluido el análisis por parte del editor de sección. Igualmente, si se considera oportuno, recibirán las sugerencias de los revisores, de forma anónima, para que estos puedan realizar todas las

valoraciones y correcciones oportunas. Este proceso puede repetirse las veces que sea menester.

Uso del enmarcado y comentarios en el documento a corregir

Para facilitar el proceso de revisión de los autores se pueden añadir al documento algunos comentarios de los revisores. Como guía general se resalta el texto a corregir de la siguiente manera:

- En amarillo: Erratas y errores gramaticales señalados y su posible corrección. Así se incluyen palabras escritas incorrectamente (por ejemplo: digo POR Diego).
- En verde: Errores de formato como la falta de adecuada alineación, justificación de párrafo, uso de viñetas o espaciados, oraciones extensas, datos estadísticos con posibles errores de formato y carencias en el estilo de la citación bibliográfica.
- En rojo: Errores de contenido o posibles faltas éticas (no citación de expresiones, uso de figuras de otros documentos).

Envío de la versión corregida

Los autores deben enviar el texto revisado y deben señalar en el título la fecha de la última versión del documento Word (por ejemplo: versión 20180101). Al responder a los comentarios de los revisores se indicarán con precisión en un documento Word adicional los cambios realizados a las críticas (número de página, columna, párrafo y número de línea: cómo aparece escrito y cómo debe escribirse). También se darán las razones de manera respetuosa y científica a los cambios sugeridos que no se implementaron, y se identificarán los cambios adicionales realizados. El autor, en su respuesta, debe abordar todos los puntos planteados por el editor y los revisores.

Puntualidad de la respuesta

Para evitar demoras en la publicación de los trabajos, se le precisa al autor que envíe el trabajo corregido dentro de un tiempo indicado en la notificación. El plazo oscila entre 7 y 30 días en dependencia de la magnitud de las correcciones requeridas. Cuando existe alguna

dificultad para enviar la versión en tiempo se debe contactar al editor inmediatamente para acordar una variación en el plazo.

La falta de tiempo o exceso de labores es la justificación fútil de algunos autores para retractar su trabajo luego de la revisión externa, aceptación y solicitud de correcciones. Los autores responsables no se comprometen con fechas imposibles y si no pueden terminar a tiempo, lo comunican para explicar las razones y establecer una nueva fecha. Ante la ausencia de respuesta del autor en el plazo fijado se envía un recordatorio. A los 30 días de persistir la ausencia de respuesta se inferirá la retractación del trabajo y un bajo sentido de responsabilidad que impide el procesamiento de envíos futuros.

Decisión final

A través de los informes realizados por los revisores y la lectura evaluativa del editor de sección, el equipo de la revista decide finalmente publicar o no el trabajo. La exclusión o rechazo de un trabajo no implica que no presente suficiente calidad, sino que quizá su temática no se ajusta al ámbito de la revista. Tampoco la aceptación implica que el equipo editor se responsabilice con las opiniones y afirmaciones expresadas por los autores. La decisión de aceptación no se revertirá, excepto cuando se identifican problemas serios en el trabajo.

Los factores en los que se funda la decisión sobre la aceptación-rechazo de los trabajos son:

- Originalidad (trabajos inéditos, información valiosa).
- Actualidad, novedad y relevancia (aplicabilidad de los resultados para la resolución de problemas concretos e importantes, posibilidad de nuevas perspectivas o aportes al avance del conocimiento científico).
- Fiabilidad y validez científica (descripción adecuada de los métodos, calidad metodológica contrastada, resultados creíbles, validez ética).
- Presentación (buena redacción, organización o coherencia lógica, no se reitera información, títulos adecuados para tablas y figuras, referencias bibliográficas actuales y correctamente acotadas).

Procesamiento editorial posaceptación

El editor de la Editorial Ciencias Médicas cumple las siguientes fases de proceso o flujo productivo:

1. Recepción de los artículos enviados por el editor de sección.
2. Evaluación editorial para determinar deficiencias técnicas y de estructura inadvertidas.
3. Redacción o corrección de los problemas en la redacción y la edición de estilo.
4. Preparación y comunicación de los metadatos al Departamento de Traducción.
5. Diseño y diagramación donde se definen las dimensiones y posiciones de cada una de las figuras.
6. Maquetación de cada artículo en formato HTML y PDF.
7. Envío de las galeradas en PDF al autor encargado de la correspondencia.
8. Conformación del número u organización del sumario de conjunto con el director de la revista.
9. Publicación en línea del artículo precedida de la introducción de los artículos y sus metadatos en la plataforma de la revista.

Privacidad y confidencialidad

Los artículos, comentarios de los revisores, notas de los autores y materiales asociados con el artículo enviado cumplirán estrictamente el principio de confidencialidad. Si se alega incumplimiento de los principios científicos y éticos, la confidencialidad podría suspenderse, pero el director de la revista notificará a los autores o a los revisores su intención de hacerlo. De lo contrario, se respetará la confidencialidad y la información nunca será compartida con terceras personas.

ANEXOS

- Convenio del Autor con Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/264/pdf-CTA>
- Plantilla en Microsoft Word para enviar el trabajo a la sección de investigación original. Disponible en: http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/264/doc_ao
- Plantilla en Microsoft Word para enviar el trabajo a la sección de presentación de caso. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/264/doc-ppc>
- Plantilla en Microsoft Word para enviar el trabajo a la sección de revisiones. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/264/doc-par>
- Plantilla en Microsoft Word para la revisión externa por pares. Disponible en: http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/264/doc_rev