



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2011/2012

Ana Cristina Rodrigues Mota
Esplenectomia Laparoscópica

março, 2012

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Ana Cristina Rodrigues Mota
Esplenectomia Laparoscópica

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Cirurgia

**Trabalho efetuado sob a Orientação de:
Professor Doutor António Carlos Freitas Ribeiro Saraiva**

**Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:
Arquivos de Medicina**

março, 2012

FMUP

Eu, Ana Cristina Rodrigues Mota, abaixo assinado, nº mecanográfico 060801165, estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 07/03/2012

Assinatura: Ana Cristina Rodrigues Mota

Nome: Ana Cristina Rodrigues Mota

Endereço electrónico: med06165@med.up.pt

Telefone ou Telemóvel: 913065230

Número do Bilhete de Identidade: 13321027

Título da Dissertação/Monografia (cortar o que não interessa):

Esplenectomia Laparoscópica

Orientador:

Professor Doutor António Carlos Freitas Ribeiro Saraiva

Ano de conclusão: 2012

Designação da área do projecto:

Cirurgia

É autorizada a reprodução integral desta Dissertação/Monografia (cortar o que não interessar) para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projectos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 07/03/2012

Assinatura: Ana Cristina Rodrigues Mota

Agradecimentos

Aos meus pais, Júlia e Vítor,
por todos os ensinamentos ao longo da vida.

Às minhas irmãs, Alexandra e Patrícia,
pelo apoio e ajuda.

Ao Professor Doutor António Carlos Saraiva,
pela orientação e tempo que generosamente dedicou ao longo
das diferentes fases deste trabalho.

À Faculdade de Medicina da Universidade do Porto,
pela formação pessoal e profissional.

Ao Hospital de São João,
pela oportunidade de realizar este trabalho

Aos meus colegas finalistas,
pelo apoio fundamental ao longo do curso.

Ano letivo: 2011/2012

Nome do(a) Estudante: Ana Cristina Rodrigues Mota

Orientador(a): António Carlos Freitas Ribeiro Saraiva

Área do Projeto: Cirurgia

Título do Projeto: Esplenectomia Laparoscópica

Resumo:

Introdução: A laparoscopia é atualmente a via de abordagem de eleição para a maioria das patologias com indicação para esplenectomia, apresentando vantagens relativamente à cirurgia clássica. O objetivo do estudo foi caracterizar os doentes submetidos a esplenectomia laparoscópica no Hospital de São João, nos últimos 5 anos, estimar os dias de internamento pós-operatório e identificar as principais complicações peri-operatórias bem como comparar com a literatura.

Métodos: Foram analisados retrospectivamente 78 doentes submetidos a esplenectomia laparoscópica no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de São João de 1 de janeiro de 2006 a 30 de junho de 2011.

Resultados: A Púrpura Trombocitopénica Idiopática foi a indicação cirúrgica mais frequente (55,8%). A média do peso dos baços foi de 377,5 g (63-2991 g), havendo esplenomegalia em 18,2% dos casos. O tempo médio de internamento pós-operatório foi de 4,6 dias (1-36 dias). Registaram-se complicações intraoperatórias em 2,6% dos doentes, com necessidade de conversão cirúrgica em 5,1% dos casos, e pós-operatórias em 11,5% dos doentes. Houve necessidade de reintervenção em 2,6% dos doentes, nos quais também houve conversão cirúrgica prévia. Não se verificou nenhum caso de mortalidade.

Conclusões: A esplenectomia Laparoscópica mostrou-se uma abordagem segura, com baixa taxa de conversão e de reintervenção, sendo portanto um procedimento com baixa morbidade, mesmo se realizado em casos de esplenomegalia ou concomitantemente com outros procedimentos cirúrgicos.

Palavras chave: esplenectomia; laparoscopia; esplenectomia laparoscópica; cirurgia minimamente invasiva;

Abstract

Introduction: Laparoscopy is currently the route of approach of choice for most diseases and indication for splenectomy, with advantages over traditional surgery. The aim of this study was to characterize patients undergoing laparoscopic splenectomy in the Hospital de São João in the last five years, estimate the hospital days postoperatively and identify major perioperative complications and to compare with the literature.

Methods: We retrospectively analyzed 78 patients undergoing laparoscopic splenectomy in the Department of General Surgery, Hospital de São João of January 1, 2006 through June 30, 2011.

Results: Idiopathic Thrombocytopenic Purpura was the most frequent indication for surgery (55,8%). The average weight of spleens was 377,5 g (63-2991 g), with splenomegaly in 18,2% of cases. The mean postoperative hospital stay was 4,6 days (1-36 days). There were intraoperative complications in 2,6% of patients requiring surgical conversion in 5,1% of cases, and postoperative complications in 11,5% of patients. There was need for reintervention in 2,6% of patients in whom there was also a previous surgical conversion. There was no cases of mortality.

Conclusion: Laparoscopic splenectomy proved to be a safe approach, with low conversion and reintervention, and therefore a procedure with low morbidity, even if performed in cases of splenomegaly or in conjunction with other surgical procedures.

Key words: Splenectomy; Laparoscopy; laparoscopic splenectomy; minimally invasive surgery

Título: Esplenectomia Laparoscópica

Autor: Ana Cristina Rodrigues Mota

Aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da
Universidade do Porto

Contactos:

Ana Cristina Rodrigues Mota

Unidade de Cirurgia Geral - Departamento de Cirurgia

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Alameda Prof. Hernâni Monteiro

4200 - 319 Porto, Portugal

Telefone: +351 22 551 3600; 913065230

Fax: +351 22 551 3601

e-mail: med06165@med.up.pt

Agradecimentos: Ao Hospital de São João pela autorização para a consulta dos processos clínicos dos doentes e ao Professor Doutor António Carlos Saraiva pela orientação, apoio e espírito crítico ao longo das diferentes fases deste trabalho.

Contagem de palavras:

Resumo – 220 palavras

Abstract – 208 palavras

Texto principal – 1997 palavras

Resumo

Introdução: A laparoscopia é atualmente a via de abordagem de eleição para a maioria das patologias com indicação para esplenectomia, apresentando vantagens relativamente à cirurgia clássica. O objetivo do estudo foi caracterizar os doentes submetidos a esplenectomia laparoscópica no Hospital de São João, nos últimos 5 anos, estimar os dias de internamento pós-operatório e identificar as principais complicações peri-operatórias bem como comparar com a literatura.

Métodos: Foram analisados retrospectivamente 78 doentes submetidos a esplenectomia laparoscópica no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de São João de 1 de janeiro de 2006 a 30 de junho de 2011.

Resultados: A Púrpura Trombocitopénica Idiopática foi a indicação cirúrgica mais frequente (55,8%). A média do peso dos baços foi de 377,5 g (63-2991 g), havendo esplenomegalia em 18,2% dos casos. O tempo médio de internamento pós-operatório foi de 4,6 dias (1-36 dias). Registaram-se complicações intraoperatórias em 2,6% dos doentes, com necessidade de conversão cirúrgica em 5,1% dos casos, e pós-operatórias em 11,5% dos doentes. Houve necessidade de reintervenção em 2,6% dos doentes, nos quais também houve conversão cirúrgica prévia. Não se verificou nenhum caso de mortalidade.

Conclusões: A esplenectomia Laparoscópica mostrou-se uma abordagem segura, com baixa taxa de conversão e de reintervenção, sendo portanto um procedimento com baixa morbidade, mesmo se realizado em casos de esplenomegalia ou concomitantemente com outros procedimentos cirúrgicos.

Palavras chave: esplenectomia; laparoscopia; esplenectomia laparoscópica; cirurgia minimamente invasiva;

Abstract

Introduction: Laparoscopy is currently the route of approach of choice for most diseases and indication for splenectomy, with advantages over traditional surgery. The aim of this study was to characterize patients undergoing laparoscopic splenectomy in the Hospital de São João in the last five years, estimate the hospital days postoperatively and identify major perioperative complications and to compare with the literature.

Methods: We retrospectively analyzed 78 patients undergoing laparoscopic splenectomy in the Department of General Surgery, Hospital de São João of January 1, 2006 through June 30, 2011.

Results: Idiopathic Thrombocytopenic Purpura was the most frequent indication for surgery (55,8%). The average weight of spleens was 377,5 g (63-2991 g), with splenomegaly in 18,2% of cases. The mean postoperative hospital stay was 4,6 days (1-36 days). There were intraoperative complications in 2,6% of patients requiring surgical conversion in 5,1% of cases, and postoperative complications in 11,5% of patients. There was need for reintervention in 2,6% of patients in whom there was also a previous surgical conversion. There was no cases of mortality.

Conclusion: Laparoscopic splenectomy proved to be a safe approach, with low conversion and reintervention, and therefore a procedure with low morbidity, even if performed in cases of splenomegaly or in conjunction with other surgical procedures.

Key words: Splenectomy; Laparoscopy; laparoscopic splenectomy; minimally invasive surgery

Introdução

A esplenectomia laparoscópica (EL) representa atualmente a abordagem de eleição para a maioria das patologias, tanto benignas quanto malignas, com indicação para esplenectomia (1,2).

A EL apresenta vantagens comparativamente à esplenectomia aberta (EA) dado que para além de diminuir as complicações, causa menos dor pós-operatória com menor necessidade de analgésicos, melhores resultados estéticos, menor tempo de internamento e encurta o período de recuperação, com retorno mais precoce à atividade, e reduz a mortalidade (1,3,4,5,6,7).

Inicialmente a EL estava associada a tempos operatórios mais longos do que a EA e a elevada taxa de conversão. A introdução de novos instrumentos cirúrgicos, a descrição de novas técnicas e o aumento da experiência parecem ter contribuído para a redução destas limitações, estando descritos tempos operatórios sobreponíveis para a EL e a EA (1,8). Apesar de ainda existirem algumas limitações ao uso generalizado da EL, nomeadamente trauma esplénico, esplenomegalia significativa, hipertensão portal e comorbilidades médicas graves, vários estudos demonstraram que a EL é uma abordagem viável, segura e vantajosa em mãos experientes e que substituiu a EA em quase todas as indicações (1,9).

Neste estudo observacional e retrospectivo pretende-se caracterizar os doentes submetidos a EL no Hospital de São João (HSJ) nos últimos 5 anos, estimar os dias de internamento pós-operatório e identificar as principais complicações peri-operatórias bem como comparar com a literatura.

Métodos

No presente estudo recolheram-se os dados dos doentes submetidos a EL no Serviço de Cirurgia Geral do HSJ de 1 de janeiro de 2006 a 30 de junho de 2011.

Inicialmente contactou-se o Serviço de Codificação do HSJ para obter a lista de todos os doentes submetidos a esplenectomia total entre 1 de janeiro de 2006 e 30 de junho de 2011 (n=329). Destes selecionaram-se aqueles que foram submetidos a EL no Serviço de Cirurgia Geral por patologia esplénica primária não traumática, excluindo todos os doentes submetidos à mesma cirurgia noutra serviço (n=11), por trauma (n=49) ou por necessidade durante outro procedimento cirúrgico (n=122) e ainda as EA (n=69).

Assim, foram selecionados 78 doentes e consultaram-se os seus processos clínicos informatizados para obter os dados clínicos de interesse nomeadamente, idade aquando da cirurgia, sexo, antecedentes patológicos, indicação cirúrgica, peso do baço, dias de internamento pós-operatório, complicações intra e pós-operatórias, necessidade de conversão a EA, necessidade de reintervenção e mortalidade. Os dias de internamento pós-operatório foram calculados pela diferença entre o dia da cirurgia e a data de alta e/ou transferência para outro serviço hospitalar (7). Definiu-se esplenomegalia como um peso do baço superior a 500 gramas (g) após morcelagem.

Os dados colhidos foram transferidos para uma ficha clínica avaliável de modo a garantir o anonimato e a confidencialidade dos mesmos.

A análise estatística foi feita com recurso ao programa IBM SPSS Statistics 19[®]. Caracterizou-se a amostra através de estatística descritiva utilizando como medida de tendência central a média e o desvio padrão como medida de dispersão. Quando apropriado apresentou-se a mediana e os limites mínimo e máximo. Para caracterização da amostra nas variáveis qualitativas foram calculadas as frequências relativas.

O estudo iniciou-se após a obtenção da autorização pela Comissão de Ética para a Saúde do HSJ.

Resultados

Entre 1 de janeiro de 2006 e 30 de junho de 2011, 78 indivíduos foram submetidos a EL por patologia esplénica primária não traumática.

Dos participantes selecionados, 46 (59%) eram do sexo feminino e 32 (41%) do sexo masculino. A média de idades aquando da cirurgia foi de 47 anos, variando entre os 15 e os 88 anos.

A indicação cirúrgica mais frequente foi a Púrpura Trombocitopénica Idiopática (PTI) correspondendo a 55,8% dos casos e as restantes indicações estão representadas na tabela 1.

O peso dos baços extraídos após EL variou de 63 a 2991 g, com uma média de 377,5 g (\pm 496,7g), havendo esplenomegalia em 14 casos (18,2%).

O tempo médio de internamento após a cirurgia foi de 4,6 dias, com uma mediana de 3 dias, variando de 1 a 36 dias. Nos casos em que se verificou que havia esplenomegalia, a média de dias de internamento após a cirurgia foi a mesma.

Em dois casos (2,6%) observaram-se complicações intraoperatórias: num houve laceração do diafragma e noutra houve lesão iatrogénica do rim esquerdo e perfuração da aorta com hemorragia maciça.

Relativamente a complicações pós-operatórias, estas ocorreram em 9 casos (11,5%): 1 caso desenvolveu hipertermia com remissão espontânea, houve 1 pneumotórax de fácil resolução no caso em que houve laceração do diafragma, 4 casos de coleções sero-hemáticas na loca esplénica, 1 caso de múltiplas complicações (distensão abdominal, parésia intestinal prolongada, edemas, abscesso e evisceração após conversão a laparotomia), 1 caso de infeção da ferida cirúrgica e 1 caso de abscesso e evisceração, no qual também houve necessidade de conversão cirúrgica e de reintervenção.

A EL foi concluída com sucesso em 74 casos (94,9%), havendo necessidade de conversão cirúrgica nos restantes 4 casos (5,1%): 1 caso por hemorragia maciça após perfuração da aorta e laceração do rim esquerdo e 3 casos por dificuldade de mobilização

do baço (1 caso por o baço apresentar nodularidade generalizada e gânglios aumentados no hilo, 1 caso por dificuldade de libertação do baço devida a aderências e outro caso por dificuldade de mobilização do baço dada a sua grande dimensão).

Nos doentes em que não foram descritas complicações, quer intra quer pós-operatórias, o tempo de internamento variou entre 1 e 7 dias, com uma média de 3,2 dias de internamento.

Nos casos de esplenomegalia, houve duas complicações pós-operatórias (14,3% do total de esplenomegalias) e não foi descrita nenhuma intraoperatória.

Apenas houve necessidade de reintervenção em 2 casos (2,6%), nos quais também houve necessidade de conversão cirúrgica: 1 por evisceração e formação de abscessos intra-abdominais (no caso em que também houve necessidade de conversão cirúrgica por dificuldade de libertação do baço devido a aderências) e outro caso por hemoperitoneu para rafia da lesão da aorta abdominal (no caso em que houve lesão iatrogénica do rim esquerdo).

Em 19 das 78 EL (24,4%) foram descritos outros procedimentos cirúrgicos associados à EL, tais como colecistectomia laparoscópica em 4 casos, excisão ganglionar em 2 casos, excisão de baços acessórios em 8 casos, biopsia hepática em 2 casos, lise de aderências intra-abdominais num caso, correção de eventração num caso e ooforectomia laparoscópica unilateral por neoplasia benigna do ovário noutro caso.

Nos casos em que foi descrito um procedimento cirúrgico secundário, não foi descrita nenhuma complicação intraoperatória e relativamente a complicações pós-operatórias apenas se registou a referida hipertermia de resolução espontânea num doente em que para além da EL, se procedeu à excisão de um baço acessório. Nos 4 casos em que se realizou colecistectomia laparoscópica concomitantemente com EL não se verificou nenhuma complicação intra ou pós-operatória.

A média de dias de internamento nos casos em que para além da EL houve um procedimento cirúrgico associado foi de 4,3 dias.

Neste período em análise não se verificou qualquer caso de mortalidade.

Discussão

Atualmente é aceite que a EL tem praticamente as mesmas indicações que a EA (1,9).

Neste estudo, os doentes submetidos a EL eram maioritariamente do sexo feminino, sendo a PTI a principal indicação para esplenectomia, o que está de acordo com o previamente descrito, em que a PTI representa 40-100% das indicações das séries publicadas (1,9).

Apesar do tempo médio de internamento pós-operatório ter sido superior a alguns estudos, o tempo de internamento encontra-se dentro do descrito noutras séries (tabela 2). Nalguns casos, os doentes apresentavam elevado número de dias de internamento comparativamente a outros, apesar de não estar descrita qualquer complicação nem ser apontado nenhum motivo para esse prolongamento do internamento, constituindo essa uma limitação a este estudo.

Originalmente a EL foi considerada ideal para baços de tamanho normal e moderadamente aumentados (4), mas atualmente é crescentemente usada em pacientes com esplenomegalia (2) apesar de não haver consenso na definição deste conceito (2,6). Alguns autores defendem que o tamanho do baço pode ser estimado pós-operatoriamente a partir do peso do baço morcelado (9), enquanto outros defendem que a definição de esplenomegalia deve ser feita em termos métricos, pois o peso do baço apenas pode ser obtido pós-operatoriamente, não tendo qualquer valor preditivo na escolha da melhor abordagem cirúrgica (1).

A esplenomegalia foi associada a maior dificuldade técnica, riscos adicionais com maior taxa de complicações, maior tempo cirúrgico e maior necessidade de conversão à medida que o tamanho do baço aumenta (1).

Nos 14 casos de esplenomegalia (18,2%) houve complicações pós-operatórias em dois casos (14,3%) e nenhuma intraoperatória ao contrário do que seria esperado dada a maior dificuldade de mobilização do baço. Isto pode ser explicado por nos casos em que o

baço tinha maiores dimensões, a EL ser convertida a EA antes que ocorresse qualquer complicação intraoperatória.

Houve necessidade de conversão cirúrgica em 4 casos (5,1%), sendo que 3 das 4 conversões foram por dificuldade de mobilização do baço, havendo esplenomegalia em 2 desses 3 casos, e a restante por hemorragia. Este valor enquadra-se nos valores apresentados noutros estudos (tabela 2), em que a percentagem de conversão cirúrgica varia de 1 a 21%. Tal como descrito previamente, a esplenomegalia e a hemorragia são os fatores que mais comumente levam à conversão cirúrgica (8,13).

Ainda assim, a esplenectomia laparoscópica é considerada atualmente segura e preferível à EA em mãos experientes na abordagem da esplenomegalia (1,9). O recurso à Hand-Assisted Laparoscopic Splenectomy (HALS) pode ser benéfico, com redução das complicações intraoperatórias, do tempo cirúrgico e das taxas de conversão, mantendo os benefícios da cirurgia minimamente invasiva (2).

Numa meta-análise em que se estudaram 2119 EL, a taxa de complicações foi de 16%, comparativamente a 27% de complicações na EA, sendo as complicações pulmonares (3,1%), as infeções da ferida (1,7%) e a hemorragia (1,6%) as mais frequentes (3). Noutro estudo mais recente, a taxa de complicações foi 8%, mas apenas incluiu 25 doentes (2). Relativamente às complicações pós-operatórias, estas ocorreram em 11,5%, sendo as coleções sero-hemáticas na loca esplénica (5,1%) as mais frequentes. Apesar de inferior ao descrito em vários estudos (tabela 2), deve-se ter alguma cautela na comparação destes dados, uma vez que os diferentes estudos usaram diferentes metodologias, diferindo em aspetos como a indicação cirúrgica, tamanho das séries, definição de esplenomegalia, realização de outros procedimentos concomitantemente, entre outros. Para além disso, uma das limitações deste trabalho foi o facto dos registos informáticos muitas vezes se encontrarem incompletos, nomeadamente no que diz respeito à evolução durante o internamento. Este facto pode ter contribuído para subestimar as complicações pós-operatórias, uma vez que sempre que não havia referência a qualquer complicação pós-

operatória foi assumido que estas de facto não existiram, apesar de haver maior número de dias de internamento comparativamente com outros pacientes igualmente sem descrição de complicações.

Outro aspeto importante prende-se com o facto de apenas haver necessidade de reintervenção em 2 casos (2,6%), nos quais também houve necessidade de conversão cirúrgica.

Nas doenças hemolíticas, nomeadamente na beta talassemia, há uma incidência aumentada na formação de cálculos biliares (12). Procedimentos laparoscópicos simultâneos têm vindo a ser realizados para tratamento de patologias abdominais coexistentes (12,15). Neste estudo, em 19 das 78 EL (24,4%) foram descritos outros procedimentos laparoscópicos concomitantes à EL, nomeadamente 4 colecistectomias laparoscópicas, não havendo referência a nenhuma complicação peri-operatória nestes 4 casos. Assim, e em concordância com o previamente descrito na literatura (15), a abordagem num único tempo cirúrgico parece segura e viável devendo por isso ser considerada sempre que coexistem patologias esplénica e da vesícula biliar.

A existência de baços acessórios foi associada à recorrência da doença inicial. Outrora, a deteção de baços acessórios era apontada como uma limitação teórica da EL (4), apesar de estudos mais recentes apontarem para taxas de deteção de baços acessórios sobreponíveis aos da EA (5,8,10).

Tal como na maioria dos outros estudos, no período em análise não se verificou qualquer caso de mortalidade (tabela 2).

Assim, a EL mostrou-se uma abordagem segura, com baixa taxa de conversão e de reintervenção, sendo portanto um procedimento com baixa morbidade e com um tempo de internamento pós-operatório comparável ao de outros estudos, mesmo se realizado em casos de esplenomegalia ou concomitantemente com outros procedimentos cirúrgicos.

Referências

1. Habermalz B, Sauerland S, Decker G, Delaitre B, Gigot JF, Leandros E, et al. Laparoscopic splenectomy: the clinical practice guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES). *Surg Endosc*. 2008 Apr;22(4):821-48.
2. Bani Hani MN, Qasaimeh GR, Bani-Hani KE, Alwaqfi NR, Al Manasra AR, Matani YS, et al. Laparoscopic splenectomy: consensus and debatable points. *S Afr J Surg*. 2010 Aug;48(3):81-4.
3. Winslow ER, Brunt LM. Perioperative outcomes of laparoscopic versus open splenectomy: a meta-analysis with an emphasis on complications. *Surgery*. 2003 Oct;134(4):647-53; discussion 54-5.
4. Park A, Targarona EM, Trias M. Laparoscopic surgery of the spleen: state of the art. *Langenbecks Arch Surg*. 2001 Apr;386(3):230-9.
5. Sampath S, Meneghetti AT, MacFarlane JK, Nguyen NH, Benny WB, Panton ON. An 18-year review of open and laparoscopic splenectomy for idiopathic thrombocytopenic purpura. *Am J Surg*. 2007 May;193(5):580-3; discussion 3-4.
6. Owera A, Hamade AM, Bani Hani OI, Ammori BJ. Laparoscopic versus open splenectomy for massive splenomegaly: a comparative study. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2006 Jun;16(3):241-6.
7. Grahn SW, Alvarez J, 3rd, Kirkwood K. Trends in laparoscopic splenectomy for massive splenomegaly. *Arch Surg*. 2006 Aug;141(8):755-61; discussion 61-2.
8. Kucuk C, Sozuer E, Ok E, Altuntas F, Yilmaz Z. Laparoscopic versus open splenectomy in the management of benign and malignant hematologic diseases: a ten-year single-center experience. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2005 Apr;15(2):135-9.
9. Sharma D, Shukla VK. Laparoscopic splenectomy: 16 years since Delaitre with review of current literature. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2009 Jun;19(3):190-4.

10. Berends FJ, Schep N, Cuesta MA, Bonjer HJ, Kappers-Klunne MC, Huijgens P, et al. Hematological long-term results of laparoscopic splenectomy for patients with idiopathic thrombocytopenic purpura: a case control study. *Surg Endosc.* 2004 May;18(5):766-70.
11. Walsh RM, Brody F, Brown N. Laparoscopic splenectomy for lymphoproliferative disease. *Surg Endosc.* 2004 Feb;18(2):272-5.
12. Konstadoulakis MM, Lagoudianakis E, Antonakis PT, Albanopoulos K, Gomatos I, Stamou KM, et al. Laparoscopic versus open splenectomy in patients with beta thalassemia major. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2006 Feb;16(1):5-8.
13. Casaccia M, Torelli P, Squarcia S, Sormani MP, Savelli A, Troilo B, et al. Laparoscopic splenectomy for hematologic diseases: a preliminary analysis performed on the Italian Registry of Laparoscopic Surgery of the Spleen (IRLSS). *Surg Endosc.* 2006 Aug;20(8):1214-20.
14. Makrin V, Avital S, White I, Sagie B, Szold A. Laparoscopic splenectomy for solitary splenic tumors. *Surg Endosc.* 2008 Sep;22(9):2009-12.
15. Sasaki A, Nitta H, Otuska K, Kimura Y, Obuchi T, Wakabayashi G. Concomitant laparoscopic splenectomy and cholecystectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2010 Apr;20(2):66-8.

Tabela 1 – Indicação para esplenectomia laparoscópica

Indicação cirúrgica	n (%)
PTI *	43 (55,8)
Esferocitose	5 (6,5)
Linfoma	11 (14,3)
AHAI †	4 (5,2)
Tumores quísticos	3 (3,9)
Outras ‡	11 (14,3)

Legenda:

* PTI – Púrpura Trombocitopénica Idiopática

† AHAI – Anemia Hemolítica Autoimune

‡ Outras – aneurisma da artéria esplénica, abscesso esplénico, hamartoma, hemangioma esplénico, sarcoidose, mielofibrose, etc.

Tabela 2 – Comparação com outros estudos publicados

Autor, ano	N*	Tintern †	Peso ‡	Baç acess §	Conv	Pr Assoc ¶	Esplenom **	Comp pós-op ††	Mort ‡‡
Winslow, 2003 (3)	2119	3,4	408,7	10,8	2,4-6,1	-	-	15,5	0,6
Berends, 2004 (10)	50	5,5	-	13	22	-	-	14	0
Walsh, 2004 (11)	159	2-3	162-680	11-9	1-15	-	-	8	0-0,6
Kucuk, 2005 (8)	30	2,8	187,3	13,3	6,7	6,7	-	16,6	0
Konstadoulakis, 2006 (12)	14	5	685	-	21	-	-	21	0
Casaccia, 2006 (13)	309	5,4	1191	8	7	15,5	-	18,1	0,6
Owera, 2006 (6)	15	3	1300	-	6,6	-	100	13,3	0
Sampath, 2007 (5)	51	3	-	11,8	9,8	-	-	31,4	0
Makrin, 2008 (14)	28	4,7	-	-	14,3	-	25	35,7	0
Mohammed, 2010 (2)	25	2,9	424	12	4	12	24	8	-
Sasaki, 2010 (15)	9	9	265	-	0	100	-	22	0
HSJ, 2012	78	4,6	377,5	8	5,1	24,4	18,2	11,5	0

* N – número de doentes submetidos a EL

† Tintern – número de dias de internamento pós-operatório

‡ Peso - peso médio dos baços extraídos, em gramas

§ Baç acess – percentagem de casos em que foram encontrados baços acessórios

|| Conv – percentagem de casos em que houve necessidade de conversão cirúrgica

¶ Pr Assoc – percentagem de casos em que para além da EL foram realizados outros procedimentos acessórios

** Esplenom – percentagem de casos em que se considerou que havia esplenomegalia

†† Comp pós-op - percentagem de complicações pós-operatórias

‡‡ Mort - percentagem de casos de mortalidade



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

ANEXO

Normas da revista:
Arquivos de Medicina

março, 2012

FMUP

Instruções aos Autores

Estas instruções seguem os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (disponível em URL: www.icmje.org).

Os ARQUIVOS DE MEDICINA publicam investigação original nas diferentes áreas da medicina, favorecendo investigação de qualidade, particularmente a que descreva a realidade nacional.

Os manuscritos são avaliados inicialmente por membros do corpo editorial e a publicação daqueles que forem considerados adequados fica dependente do parecer técnico de pelo menos dois revisores externos. A revisão é feita anonimamente, podendo os revisores propor, por escrito, alterações de conteúdo ou de forma ao(s) autor(es), condicionando a publicação do artigo à sua efectivação.

Todos os artigos solicitados serão submetidos a avaliação externa e seguirão o mesmo processo editorial dos artigos de investigação original.

Apesar dos editores e dos revisores desenvolverem os esforços necessários para assegurar a qualidade técnica e científica dos manuscritos publicados, a responsabilidade final do conteúdo das publicações é dos autores.

Todos os artigos publicados passam a ser propriedade dos ARQUIVOS DE MEDICINA. Uma vez aceites, os manuscritos não podem ser publicados numa forma semelhante noutros locais, em nenhuma língua, sem o consentimento dos ARQUIVOS DE MEDICINA.

Apenas serão avaliados manuscritos contendo material original que não estejam ainda publicados, na íntegra ou em parte (incluindo tabelas e figuras), e que não estejam a ser submetidos para publicação noutros locais. Esta restrição não se aplica a notas de imprensa ou a resumos publicados no âmbito de reuniões científicas. Quando existem publicações semelhantes à que é submetida ou quando existirem dúvidas relativamente ao cumprimento dos critérios acima mencionados estas devem ser anexadas ao manuscrito em submissão.

Antes de submeter um manuscrito aos ARQUIVOS DE MEDICINA os autores têm que assegurar todas as autorizações necessárias para a publicação do material submetido.

De acordo com uma avaliação efectuada sobre o material apresentado à revista os editores dos ARQUIVOS DE MEDICINA prevêm publicar aproximadamente 30% dos manuscritos submetidos, sendo que cerca de 25% serão provavelmente rejeitados pelos editores no primeiro mês após a recepção sem avaliação externa.

TIPOLOGIA DOS ARTIGOS PUBLICADOS NOS ARQUIVOS DE MEDICINA

Artigos de investigação original

Resultados de investigação original, qualitativa ou quantitativa.

O texto deve ser limitado a 2000 palavras, excluindo referências e tabelas, e organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 4 tabelas e/ou figuras (total) e até 15 referências.

Todos os artigos de investigação original devem apresentar resumos estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada.

Publicações breves

Resultados preliminares ou achados novos podem ser objecto de publicações breves.

O texto deve ser limitado a 1000 palavras, excluindo referências e tabelas, e organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total) e até 10 referências.

As publicações breves devem apresentar resumos estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada.

Artigos de revisão

Artigos de revisão sobre temas das diferentes áreas da medicina e dirigidos aos profissionais de saúde, particularmente com impacto na sua prática.

Os ARQUIVOS DE MEDICINA publicam essencialmente artigos de revisão solicitados pelos editores. Contudo, também serão avaliados artigos de revisão submetidos sem solicitação prévia, preferencialmente revisões quantitativas (Meta-análise).

O texto deve ser limitado a 5000 palavras, excluindo referências e tabelas, e apresentar um máximo de 5 tabelas e/ou figuras (total). As revisões quantitativas devem ser organizadas em introdução, métodos, resultados e discussão.

As revisões devem apresentar resumos não estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada, devendo ser estruturados no caso das revisões quantitativas.

Comentários

Comentários, ensaios, análises críticas ou declarações de posição acerca de tópicos de interesse na área da saúde, designadamente políticas de saúde e educação médica.

O texto deve ser limitado a 900 palavras, excluindo referências e tabelas, e incluir no máximo uma tabela ou figura e até 5 referências.

Os comentários não devem apresentar resumos.

Casos clínicos

Os ARQUIVOS DE MEDICINA transcrevem casos publicamente apresentados trimestralmente pelos médicos do Hospital de S. João numa selecção acordada com o corpo editorial da revista. No entanto é bem vinda a descrição de casos clínicos verdadeiramente exemplares, profundamente estudados e discutidos. O texto deve ser limitado a 1200 palavras, excluindo referências e tabelas, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total) e até 10 referências.

Os casos clínicos devem apresentar resumos não estruturados em português e em inglês, com um máximo de 120 palavras cada.

Séries de casos

Descrições de séries de casos, tanto numa perspectiva de tratamento estatístico como de reflexão sobre uma experiência particular de diagnóstico, tratamento ou prognóstico.

O texto deve ser limitado a 1200 palavras, excluindo referências e tabelas, organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total) e até 10 referências.

As séries de casos devem apresentar resumos estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada.

Cartas ao editor

Comentários sucintos a artigos publicados nos ARQUIVOS DE MEDICINA ou relatando de forma muito objectiva os resultados de observação clínica ou investigação original que não justifiquem um tratamento mais elaborado.

O texto deve ser limitado a 400 palavras, excluindo referências e tabelas, e incluir no máximo uma tabela ou figura e até 5 referências.

As cartas ao editor não devem apresentar resumos.

Revisões de livros ou software

Revisões críticas de livros, software ou sítios da internet.

O texto deve ser limitado a 600 palavras, sem tabelas nem figuras, com um máximo de 3 referências, incluindo a do objecto da revisão.

As revisões de livros ou software não devem apresentar resumos.

FORMATAÇÃO DOS MANUSCRITOS

A formatação dos artigos submetidos para publicação nos ARQUIVOS DE MEDICINA deve seguir os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals".

Todo o manuscrito, incluindo referências, tabelas e legendas de figuras, deve ser redigido a dois espaços, com letra a 11 pontos, e justificado à esquerda.

Aconselha-se a utilização das letras Times, Times New Roman, Courier, Helvetica, Arial, e Symbol para caracteres especiais.

Devem ser numeradas todas as páginas, incluindo a página do título.

normas de publicação

Devem ser apresentadas margens com 2,5 cm em todo o manuscrito. Devem ser inseridas quebras de página entre cada secção. Não devem ser inseridos cabeçalhos nem rodapés. Deve ser evitada a utilização não técnica de termos estatísticos como aleatório, normal, significativo, correlação e amostra. Apenas será efectuada a reprodução de citações, tabelas ou ilustrações de fontes sujeitas a direitos de autor com citação completa da fonte e com autorizações do detentor dos direitos de autor.

Unidades de medida

Devem ser utilizadas as unidades de medida do Sistema Internacional (SI), mas os editores podem solicitar a apresentação de outras unidades não pertencentes ao SI.

Abreviaturas

Devem ser evitados acrónimos e abreviaturas, especialmente no título e nos resumos. Quando for necessária a sua utilização devem ser definidos na primeira vez que são mencionados no texto e também nos resumos e em cada tabela e figura, excepto no caso das unidades de medida.

Nomes de medicamentos

Deve ser utilizada a Designação Comum Internacional (DCI) de fármacos em vez de nomes comerciais de medicamentos. Quando forem utilizadas marcas registadas na investigação, pode ser mencionado o nome do medicamento e o nome do laboratório entre parêntesis.

Página do título

Na primeira página do manuscrito deve constar:

- 1) o título (conciso e descritivo);
- 2) um título abreviado (com um máximo de 40 caracteres, incluindo espaços);
- 3) os nomes dos autores, incluindo o primeiro nome (não incluir graus académicos ou títulos honoríficos);
- 4) a filiação institucional de cada autor no momento em que o trabalho foi realizado;
- 5) o nome e contactos do autor que deverá receber a correspondência, incluindo endereço, telefone, fax e e-mail;
- 6) os agradecimentos, incluindo fontes de financiamento, bolsas de estudo e colaboradores que não cumpram critérios para autoria;
- 7) contagens de palavras separadamente para cada um dos resumos e para o texto principal (não incluindo referências, tabelas ou figuras).

Autoria

Como referido nos "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals", a autoria requer uma contribuição substancial para:

- 1) concepção e desenho do estudo, ou obtenção dos dados, ou análise e interpretação dos dados;
- 2) redacção do manuscrito ou revisão crítica do seu conteúdo intelectual;
- 3) aprovação final da versão submetida para publicação.

A obtenção de financiamento, a recolha de dados ou a supervisão geral do grupo de trabalho, por si só, não justificam autoria.

É necessário especificar na carta de apresentação o contributo de cada autor para o trabalho. Esta informação será publicada.

Exemplo: José Silva concebeu o estudo e supervisionou todos os aspectos da sua implementação. António Silva colaborou na concepção do estudo e efectuou a análise dos dados. Manuel Silva efectuou a recolha de dados e colaborou na sua análise. Todos os autores contribuíram para a interpretação dos resultados e revisão dos rascunhos do manuscrito.

Nos manuscritos assinados por mais de 6 autores (3 autores no caso das cartas ao editor), tem que ser explicitada a razão de uma autoria tão alargada.

É necessária a aprovação de todos os autores, por escrito, de quaisquer modificações da autoria do artigo após a sua submissão.

Agradecimentos

Devem ser mencionados na secção de agradecimentos os colaboradores que contribuíram substancialmente para o trabalho mas que não cumpram os critérios para autoria, especificando o seu contributo, bem como as fontes de financiamento, incluindo bolsas de estudo.

Resumos

Os resumos de artigos de investigação original, publicações breves, revisões quantitativas e séries de casos devem ser estruturados (introdução, métodos, resultados e conclusões) e apresentar conteúdo semelhante ao do manuscrito.

Os resumos de manuscritos não estruturados (revisões não quantitativas e casos clínicos) também não devem ser estruturados.

Nos resumos não devem ser utilizadas referências e as abreviaturas devem ser limitadas ao mínimo.

Palavras-chave

Devem ser indicadas até seis palavras-chave, em português e em inglês, nas páginas dos resumos, preferencialmente em concordância com o Medical Subject Headings (MeSH) utilizado no Index Medicus. Nos manuscritos que não apresentam resumos as palavras-chave devem ser apresentadas no final do manuscrito.

Introdução

Deve mencionar os objectivos do trabalho e a justificação para a sua realização.

Nesta secção apenas devem ser efectuadas as referências indispensáveis para justificar os objectivos do estudo.

Métodos

Nesta secção devem descrever-se:

- 1) a amostra em estudo;
- 2) a localização do estudo no tempo e no espaço;
- 3) os métodos de recolha de dados;
- 4) análise dos dados.

As considerações éticas devem ser efectuadas no final desta secção.

Análise dos dados

Os métodos estatísticos devem ser descritos com o detalhe suficiente para que possa ser possível reproduzir os resultados apresentados.

Sempre que possível deve ser quantificada a imprecisão das estimativas apresentadas, designadamente através da apresentação de intervalos de confiança. Deve evitar-se uma utilização excessiva de testes de hipóteses, com o uso de valores de p, que não fornecem informação quantitativa importante.

Deve ser mencionado o software utilizado na análise dos dados.

Considerações éticas e consentimento informado

Os autores devem assegurar que todas as investigações envolvendo seres humanos foram aprovadas por comissões de ética das instituições em que a investigação tenha sido desenvolvida, de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (www.wma.net).

Na secção de métodos do manuscrito deve ser mencionada esta aprovação e a obtenção de consentimento informado, quando aplicável.

Resultados

Os resultados devem ser apresentados, no texto, tabelas e figuras, seguindo uma sequência lógica.

Não deve ser fornecida informação em duplicado no texto e nas tabelas ou figuras, bastando descrever as principais observações referidas nas tabelas ou figuras.

Independentemente da limitação do número de figuras propostos para cada tipo de artigo, só devem ser apresentados gráficos quando da sua utilização resultarem claros benefícios para a compreensão dos resultados.

Apresentação de dados numéricos

A precisão numérica utilizada na apresentação dos resultados não deve ser superior à permitida pelos instrumentos de avaliação.

Para variáveis quantitativas as medidas apresentadas não deverão ter mais do que uma casa decimal do que os dados brutos.

As proporções devem ser apresentadas com apenas uma casa decimal e no caso de amostras pequenas não devem ser apresentadas casas decimais.

Os valores de estatísticas teste, como t ou χ^2 , e os coeficientes de correlação devem ser apresentados com um máximo de duas casas decimais.

Os valores de p devem ser apresentados com um ou dois algarismos significativos e nunca na forma de p=NS, p<0,05 ou p>0,05, na medida em que a informação contida no valor de P pode ser importante. Nos casos em

que o valor de p é muito pequeno (inferior a 0,0001), pode apresentar-se como $p < 0,0001$.

Tabelas e figuras

As tabelas devem surgir após as referências. As figuras devem surgir após as tabelas.

Devem ser mencionadas no texto todas as tabelas e figuras, numeradas (numeração árabe separadamente para tabelas e figuras) de acordo com a ordem em que são discutidas no texto.

Cada tabela ou figura deve ser acompanhada de um título e notas explicativas (ex. definições de abreviaturas) de modo a serem compreendidas e interpretadas sem recurso ao texto do manuscrito.

Para as notas explicativas das tabelas ou figuras devem ser utilizados os seguintes símbolos, nesta mesma sequência:

*, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡.

Cada tabela ou figura deve ser apresentada em páginas separadas, juntamente com o título e as notas explicativas.

Nas tabelas devem ser utilizadas apenas linhas horizontais.

As figuras, incluindo gráficos, mapas, ilustrações, fotografias ou outros materiais devem ser criadas em computador ou produzidas profissionalmente.

As figuras devem incluir legendas.

Os símbolos, setas ou letras devem contrastar com o fundo de fotografias ou ilustrações.

A dimensão das figuras é habitualmente reduzida à largura de uma coluna, pelo que as figuras e o texto que as acompanha devem ser facilmente legíveis após redução.

Na primeira submissão do manuscrito não devem ser enviados originais de fotografias, ilustrações ou outros materiais como películas de raios-X. As figuras, criadas em computador ou convertidas em formato electrónico após digitalização devem ser inseridas no ficheiro do manuscrito.

Uma vez que a impressão final será a preto e branco ou em tons de cinzento, os gráficos não deverão ter cores. Gráficos a três dimensões apenas serão aceites em situações excepcionais.

A resolução de imagens a preto e branco deve ser de pelo menos 1200 dpi e a de imagens com tons de cinzento ou a cores deve ser de pelo menos 300 dpi.

As legendas, símbolos, setas ou letras devem ser inseridas no ficheiro da imagem das fotografias ou ilustrações.

Os custos da publicação das figuras a cores serão suportados pelos autores.

Em caso de aceitação do manuscrito, serão solicitadas as figuras nos formatos mais adequados para a produção da revista.

Discussão

Na discussão não deve ser repetida detalhadamente a informação fornecida na secção dos resultados, mas devem ser discutidas as limitações do estudo, a relação dos resultados obtidos com o observado noutras investigações e devem ser evidenciados os aspectos inovadores do estudo e as conclusões que deles resultam.

É importante que as conclusões estejam de acordo com os objectivos do estudo, mas devem ser evitadas afirmações e conclusões que não sejam completamente apoiadas pelos resultados da investigação em causa.

Referências

As referências devem ser listadas após o texto principal, numeradas consecutivamente de acordo com a ordem da sua citação. Os números das referências devem ser apresentados entre parentesis. Não deve ser utilizado software para numeração automática das referências.

Pode ser encontrada nos "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" uma descrição pormenorizada do formato dos diferentes tipos de referências, de que se acrescentam alguns exemplos:

1. Artigo

• Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increase risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3.

2. Artigo com Organização como Autor

• The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 64:282-4.

3. Artigo publicado em Volume com Suplemento

• Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994; 102 Suppl 1:275-82.

4. Artigo publicado em Número com Suplemento

payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996;23 (1 Suppl 2):89-97.

5. Livro

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers;1996.

6. Livro (Editor(s) como Autor(es))

Norman IJ, Redfern SJ, editores. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone;1996.

7. Livro (Organização como Autor e Editor)

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute;1992.

8. Capítulo de Livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press;1995. p. 465-78.

9. Artigo em Formato Electrónico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1 (1): [24 screens]. Disponível em: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Devem ser utilizados os nomes abreviados das publicações, de acordo com o adoptado pelo Index Medicus. Uma lista de publicações pode ser obtida em <http://www.nlm.nih.gov>.

Deve ser evitada a citação de resumos e comunicações pessoais.

Os autores devem verificar se todas as referências estão de acordo com os documentos originais.

Anexos

Material muito extenso para a publicação com o manuscrito, designadamente tabelas muito extensas ou instrumentos de recolha de dados, poderá ser solicitado aos autores para que seja fornecido a pedido dos interessados.

Conflitos de interesse

Os autores de qualquer manuscrito submetido devem revelar no momento da submissão a existência de conflitos de interesse ou declarar a sua inexistência.

Essa informação será mantida confidencial durante a revisão do manuscrito pelos avaliadores externos e não influenciará a decisão editorial mas será publicada se o artigo for aceite.

Autorizações

Antes de submeter um manuscrito aos ARQUIVOS DE MEDICINA os autores devem ter em sua posse os seguintes documentos que poderão ser solicitados pelo corpo editorial:

- consentimento informado de cada participante;
- consentimento informado de cada indivíduo presente em fotografias, mesmo quando forem efectuadas tentativas de ocultar a respectiva identidade;
- transferência de direitos de autor de imagens ou ilustrações;
- autorizações para utilização de material previamente publicado;
- autorizações dos colaboradores mencionados na secção de agradecimentos.

SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

Os manuscritos submetidos aos ARQUIVOS DE MEDICINA devem ser preparados de acordo com as recomendações acima indicadas e devem ser acompanhados de uma carta de apresentação.

normas de publicação

Carta de apresentação

Deve incluir a seguinte informação:

- 1) Título completo do manuscrito;
- 2) Nomes dos autores com especificação do contributo de cada um para o manuscrito;
- 3) Justificação de um número elevado de autores, quando aplicável;
- 4) Tipo de artigo, de acordo com a classificação dos ARQUIVOS DE MEDICINA;
- 5) Fontes de financiamento, incluindo bolsas;
- 6) Revelação de conflitos de interesse ou declaração da sua ausência;
- 7) Declaração de que o manuscrito não foi ainda publicado, na íntegra ou em parte, e que nenhuma versão do manuscrito está a ser avaliada por outra revista;
- 8) Declaração de que todos os autores aprovaram a versão do manuscrito que está a ser submetida;
- 9) Assinatura de todos os autores.

É dada preferência à submissão dos manuscritos por e-mail (submit@arquivosdemedicina.org).

O manuscrito e a carta de apresentação devem, neste caso, ser enviados em ficheiros separados em formato word. Deve ser enviada por fax (225074374) uma cópia da carta de apresentação assinada por todos os autores.

Se não for possível efectuar a submissão por e-mail esta pode ser efectuada por correio para o seguinte endereço:

ARQUIVOS DE MEDICINA
Faculdade de Medicina do Porto
Alameda Prof. Hernâni Monteiro
4200 – 319 Porto, Portugal

Os manuscritos devem, então, ser submetidos em triplicado (1 original impresso apenas numa das páginas e 2 cópias com impressão frente e verso), acompanhados da carta de apresentação.

Os manuscritos rejeitados ou o material que os acompanha não serão devolvidos, excepto quando expressamente solicitado no momento da submissão.

CORRECÇÃO DOS MANUSCRITOS

A aceitação dos manuscritos relativamente aos quais forem solicitadas alterações fica condicionada à sua realização.

A versão corrigida do manuscrito deve ser enviada com as alterações sublinhadas para facilitar a sua verificação e deve ser acompanhada duma carta respondendo a cada um dos comentários efectuados.

Os manuscritos só poderão ser considerados aceites após confirmação das alterações solicitadas.

MANUSCRITOS ACEITES

Uma vez comunicada a aceitação dos manuscritos, deve ser enviada a sua versão final em ficheiro de Word[®], formatada de acordo com as instruções acima indicadas.

No momento da aceitação os autores serão informados acerca do formato em que devem ser enviadas as figuras.

A revisão das provas deve ser efectuada e aprovada por todos os autores dentro de três dias úteis. Nesta fase apenas se aceitam modificações que decorram da correcção de gralhas.

Deve ser enviada uma declaração de transferência de direitos de autor para os ARQUIVOS DE MEDICINA, assinada por todos os autores, juntamente com as provas corrigidas.