**Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”**

**Subdirección de Educación e Investigación en Salud**

**Registro y guía para estructuración de reporte de caso clínico**

Título:

Nombre del investigador responsable en el HC:

Correo electrónico:

Fecha de recepción:

**Datos generales.**

**Título:**

**Autores:**

* 1. Autor principal (investigador responsable en el HC):

Nombre:

Correo electrónico:

Adscripción:

Matrícula HC:

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Co - autor:

Nombre:

Correo electrónico:

Adscripción:

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Colaborador (opcional)

Nombre:

Correo electrónico:

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Colaborador (opcional)

Nombre:

Correo electrónico:

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Departamentos participantes**:

División/Departamento/Servicio:

Nombre del jefe de división:

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**La respuesta a solicitud de autorización de caso clínico tendrá un tiempo mínimo de revisión de 5 días hábiles, para que considere sus tiempos.**

|  |
| --- |
| **ESTRUCTURACIÓN DEL CASO** |
| **1. TÍTULO** | El título debe ser siempre informativo y preciso, que presente un claro entendimiento del propósito del caso clínico, sin abreviaturas o tecnicismos (describir el fenómeno más interesante como podría ser el síntoma, diagnóstico, prueba, intervención). Procurar que sea menor a 15 palabras, es imprescindible incluir “informe de caso” o “reporte de caso”, para permitir la identificación del tipo de trabajo.  |
| **2. PALABRAS CLAVES (en español e inglés)** | Señalar de 2 a 5 palabras de preferencia de MeSH (Medical Subject Headings). Incluirlas tanto en español como en ingles |
| **3. RESUMEN** | No debe ser mayor a 250 palabras, y corresponde a una breve descripción de la situación clínica. La redacción debe ser entendible y no contener citas bibliográficas, ni abreviaturas. Para ser especifico debe contestar la pregunta ¿Qué aporta de nuevo el caso? La presentación del caso debe incluir:1. Principales síntomas del paciente, hallazgos clínicos diagnósticos e intervenciones, resultados y conclusión, esto es en función a dar respuesta al siguiente cuestionamiento ¿Cuáles fueron las principales lecciones que se pudieron aprender del caso?
 |
| **4. INTRODUCCIÓN** | Resumir brevemente:1. Antecedentes del caso haciendo referencia a la literatura médica pertinente
2. Información del paciente, que debe corresponder principalmente a edad, sexo, lugar de nacimiento, lugar de residencia. En caso de que se considere necesario y relevante para el caso incluir etnia, ocupación, escolaridad, u otra información (Tener presente la necesidad de la aplicación de consentimiento y aviso de privacidad para el uso responsable de esta información)
3. Principales síntomas del paciente; e historial médico, familiar y psicosocial (si es relevante al caso).
 |
| **5. HALLAZGOS CLÍNICOS** | Describir de forma clara y precisa:1. Hallazgos pertinentes de la exploración física
2. Fechas y tiempos importantes en este caso (tabla o figura)
3. Revisión diagnóstica. Proporcionar una revisión de: métodos diagnósticos (estudios de imagen, reportes de estudios histopatológicos, etc.)
4. Problemas para el diagnóstico (económicos, lingüísticos/culturales)
5. Razonamiento diagnóstico, incluidos diagnósticos presuntivos
6. Características de pronóstico (estadios) cuando proceda.
 |
| **6. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA** | 1. Tipo o tipos de intervención (farmacológica, quirúrgica, preventiva, autocuidados)
2. La administración de la intervención (dosis, concentración, duración)
3. Cualquier cambio en la intervención (con justificación)
 |
| **7. SEGUIMIENTO Y RESULTADOS** | Resumir el desarrollo de todas las visitas de seguimiento, incluyendo:1. Resultados evaluados por el médico y por el paciente
2. Resultados importantes de la prueba de seguimiento
3. Observación y tolerabilidad de la intervención dando respuesta a la pregunta ¿cómo se ha evaluado?
4. Acontecimientos adversos e imprevistos.
 |
| **8. DISCUSIÓN** | 1. Puntos fuertes y las limitaciones de este informe de caso
2. Literatura médica pertinente
3. Justificación de las conclusiones
4. Principales lecciones que se pueden aprender del informe de caso (o casos)
5. Perspectiva del paciente o experiencia siempre que sea posible
 |
| **9. RECOMENDACIONES** | Este apartado puede o no ser incorporado y tiene como fin referir de forma clara y sencilla las recomendaciones para el manejo de pacientes similares, o posibles líneas de investigación que podrían originarse a propósito de este caso, hacer el análisis final y realizar las propuestas que se consideren necesarias para establecer los criterios que nos permitan identificar en forma oportuna las patologías o evitar errores en los métodos de abordaje para el diagnóstico, así como tratamientos o estudios innecesarios que retrasen o deterioren la economía de los pacientes. Evitar hacer aseveraciones o afirmaciones sobre eficacia y seguridad de tratamientos, o alta sensibilidad de métodos diagnósticos. |
| **10. PERSPECTIVA DEL PACIENTE** | Este apartado puede o no ser incorporado, sin embargo, representa una oportunidad para compartir laperspectiva del paciente sobre su enfermedad, el tratamiento utilizado y el resultado, así como su situación actual.  |
| **11. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS** | Las referencias se deberán enlistar de la misma manera en que aparecen en el cuerpo del documento. Se recomienda que sean actuales, por lo menos de cinco años previos a la elaboración del documento (considerar excepciones al respecto de artículos base o guía). Se sugiere no utilizar más de 15 referencias. Es imprescindible referir el formato en el que integra las referencias bibliográficas según la revista seleccionada para enviar este reporte (incorpore referencia por reglón). |

|  |
| --- |
| **TABLAS/IMAGENES** |
| **TABLAS** | Hay que considerar limitar su uso por la naturaleza del documento. Si estas se incluyen, NO se debe repetir la información contenida en el cuerpo del documento. Por sí mismas deben explicar su contenido, sin ser necesaria la lectura del documento para comprenderlas |
| **IMÁGENES** | La inclusión de imágenes debe limitarse a las más representativas de lo que se quiere difundir. Siempre se debe proteger la identidad de los pacientes; recordar que las barras que cubren únicamente los ojos de los pacientes no son suficientes para resguardar la identidad. |
| **ABREVIATURAS Y PIE DE FOTO** | El uso de abreviaturas debe ser especificado antes de su usoEl pie de foto debe referir claramente lo que se intenta mostrar en la imagen |

**Bibliografía:**

Dirección De Enseñanza e Investigación, Subdirección De Investigación Biomédica, División De Investigación Clínica. Guía para estructuración reporte/informe de caso clínico y entrega: revisión expedita caso clínico y dictamen. México: GEA Hospital;2021.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **APARTADO** | **EL AUTOR DEBERA LLENAR CADA APARTADO SIGUIENDO LAS INDICACIONES DE LA GUÍA** | **Columna para el CEI (dejar)** |
| **1. TÍTULO** |  |  |
| **2. PALABRAS CLAVES (en español e inglés)** |  |  |
| **3. RESUMEN** |  |  |
| **4. INTRODUCCIÓN** |  |  |
| **5. HALLAZGOS CLÍNICOS** |  |  |
| **6. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA** |  |  |
| **7. SEGUIMIENTO Y RESULTADOS** |  |  |
| **8. DISCUSIÓN** |  |  |
| **9. RECOMENDACIONES** |  |  |
| **10. PERSPECTIVA DEL PACIENTE** |  |  |
| **11. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS** |  |  |

**Tablas**

**Imágenes**

**Anexos.**

1. Carta de sometimiento
2. Carta de confidencialidad

XX de XXXXXXX de 20XX

Dr. Juan Manuel López Quijano

Subdirector de Educación e Investigación en Salud

Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”

Por medio de la presente solicitamos sea sometido para su aprobación al Comité de Ética en Investigación el reporte de caso clínico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nos comprometemos a mantener una estricta confidencialidad de los datos personales procedentes del expediente clínico, y a entregar una copia de la publicación y/o las constancias de las presentaciones realizadas de este caso a la subdirección a su cargo.

Agradeciendo de antemano, quedamos a sus órdenes para cualquier duda o aclaración.

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dr. XXXXXXX (matrícula HC)

Investigador responsable en el HC

XX de XXXXXXX de 20XX

**Dr. Francisco Goldaracena Orozco.**

**Director General**

**Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”**

Hacemos constar:

* Que se realizará el reporte de caso clínico titulado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por medio de la revisión del expediente clínico, siguiendo lo establecido en el Registro y guía para estructuración de reporte de caso clínico en el Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”.
* Los datos a obtener del expediente clínico son: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
* Que nos compromete a mantener una estricta confidencialidad de los datos personales procedentes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
* El reporte de caso clínico podrá ser divulgado en congresos, reuniones y publicaciones científicas salvaguardando siempre la confidencialidad de los datos personales.

Agradeciendo de antemano, quedamos a sus órdenes para cualquier duda o aclaración

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dr (a). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autor principal e investigador responsable en el HC

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nombre) (Nombre)

Co-autor Colaborador(es)