




SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

gea
hospital

**GUÍA PARA:
ESTRUCTURACIÓN DE REPORTE/INFORME DE CASO CLINICO Y ENTREGA
REVISIÓN EXPEDITA CASO CLINICO Y DICTAMEN**
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA



**GUÍA PARA:
ESTRUCTURACIÓN REPORTE DE CASO CLINICO
ENTREGA
REVISIÓN EXPEDITA
DICTAMEN**

**DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA**



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

gea
hospital

**GUÍA PARA:
ESTRUCTURACIÓN DE REPORTE/INFORME DE CASO CLINICO Y ENTREGA
REVISIÓN EXPEDITA CASO CLINICO Y DICTAMEN**
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

**DR. OCTAVIO SIERRA MARTÍNEZ
DIRECCIÓN GENERAL
DR. HÉCTOR PRADO CALLEROS
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DR. PABLO MARAVILLA CAMPILLO
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA
DRA. MARÍA DE LOURDES SUÁREZ ROA
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

GUÍA PARA ESTRUCTURACIÓN DE REPORTE/INFORME DE CASO CLÍNICO

REPORTE / INFORME DE CASO CLÍNICO: Publicación biomédica corta y precisa que describe la experiencia clínica de un caso anecdótico o no esperado, organizado de manera ordenada, sistemática, en la que se resalta y analiza la importancia de su comunicación, que puede sustentar el abordaje de un paciente con la misma patología en un futuro cuando sea la única o la más pertinente evidencia disponible

Es indispensable que identifique a qué tipo de reporte corresponde en base a:

DIAGNOSTICO O REVISIÓN: Se discute acerca del abordaje o métodos utilizados para evaluar a un paciente. Principalmente cuando existe una problemática para establecer el diagnóstico (presentación clínica confusa, poco común, o poco frecuente) hallazgos y variaciones.

Esto incluye: condición o enfermedad nueva, condición rara, infrecuente y poco comunicada, presentación inusual de una enfermedad común, síntomas o signos infrecuentes, evolución inusual o evento inesperado en el curso de una observación o tratamiento, impacto de una enfermedad en la evolución de otra

TRATAMIENTO O MANEJO: Se detalla los tratamientos o procedimientos utilizados, que pueden implicar intervenciones multidisciplinarias y variaciones de técnicas ya establecidas.

Esto puede corresponder también a: impacto del tratamiento de una condición en otra, complicaciones inesperadas de procedimientos o tratamientos (efectos colaterales no descritos), tratamientos o procedimientos diagnósticos nuevos y “únicos”

I. DATOS GENERALES

A) INFORMACION PARA EXPEDIENTE	<p>VERSIÓN: Debe ser completada en numeral ordinal (primera, segunda, tercera, etc.) en el espacio correspondiente. La “primera” versión corresponde a la revisión que será realizada por primera vez ante los Comités, y sólo se modifica cuando en el oficio de dictamen emitido por los Comités se da la indicación</p> <p>FECHA: Corresponde a la última vez que fue revisado el reporte de caso por el autor y coautor (es), y antes de su entrega a revisión por parte de los Comités; se completa con número arábigo día/mes/año, y se debe actualizar cuando en el oficio de dictamen emitido por los Comités se da la indicación de cambio</p> <p>SEDE y ÁREA: Concierna al nombre completo de este Hospital (Hospital General Dr. Manuel Gea González), y al área (División, servicio, departamento) donde se originó la propuesta de reporte de caso, y al cual pertenecen el autor</p>
B) PARTICIPANTES	<p>AUTOR: Corresponde a quien propone, recolecta la información pertinente y describe el caso. Lo adecuado es que cumpla con los criterios establecidos por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, principalmente en:</p> <ol style="list-style-type: none"> Haber contribuido considerablemente en la concepción, diseño, adquisición de los datos, su análisis o interpretación. Haber redactado el trabajo o haberlo revisado críticamente proporcionado su aprobación final <p>Se recuerda que, en caso de utilizar este reporte para titulación, el médico residente debe ser el autor del reporte</p> <p>COAUTORES: Corresponde a quienes participan en la descripción del caso, o proporciono información contundente para su reporte, es conveniente que no se incorporen más de dos coautores, al menos que el reporte lo amerite, y lo cual será valorado</p>

II. 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. Si es mas de un caso o reporte, es necesario especificar el numero
2. PALABRAS CLAVES (en español e inglés)	Señalar de 2 a 5 palabras con el propósito de ayudar a los lectores potenciales a buscar y encontrar este informe de caso. Se recomienda utilizar los términos empleados en el Index Medicus, o los calificadores médicos (Medical SubHeadings - MeSH), https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/ . Incluir las tanto en español como en inglés
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 específico debe contestar la pregunta ¿Qué aporta de nuevo el caso? La presentación del caso debe incluir: <ol style="list-style-type: none"> Principales síntomas del paciente Principales hallazgos clínicos

	<ol style="list-style-type: none"> 3) Principales diagnósticos e intervenciones 4) Resultados y variaciones 5) Conclusión, esto es en función a dar respuesta al siguiente cuestionamiento ¿Cuáles fueron las principales lecciones que se pudieron aprender del caso?
4. INTRODUCCIÓN	<p>Resumir brevemente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 (principales molestias); e historial médico, familiar y psicosocial (si es relevante al caso), que incluya la dieta, estilo de vida e información genética siempre que sea posible, así como detalles sobre enfermedades concomitantes pertinentes, incluyendo intervenciones anteriores y sus resultados
5. HALLAZGOS CLÍNICOS	<p>Describir de forma clara y precisa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Hallazgos pertinentes de la exploración física (EF) 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	<p>Describir:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>Resumir el desarrollo de todas las visitas de seguimiento, incluyendo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? (sin incluirla) 4) Acontecimientos adversos e imprevistos.
8. DISCUSIÓN	<p>Describir:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>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.</p>
10. PERSPECTIVA DEL PACIENTE	<p>Este apartado puede o no ser incorporado, sin embargo, representa una oportunidad para compartir la perspectiva del paciente sobre su enfermedad, el tratamiento utilizado y el resultado, así como su situación actual</p>
11. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	<p>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 región).</p>
III. CONSIDERACIONES ÉTICAS	
<p>Toda práctica clínica requiere que el manejo de un paciente se realice siguiendo las consideraciones y recomendaciones nacionales e internacionales de las buenas prácticas clínicas: así como de las normas, reglamentos y leyes que favorecen una relación médico-paciente adecuada y fomenten la prevención y el manejo clínico ético de los pacientes. Por lo tanto, se deberán indicar los</p>	

procedimientos éticos que se siguieron durante toda la intervención clínica del paciente o los pacientes. Con el objetivo claro de procurar una Medicina Basada en la Ética	
Los siguientes puntos deben ser completados en función a lo que implica cada uno, para lo cual se anexa información	
a) CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REPORTE/INFORME DE CASO CLÍNICO	<p>PRIVACIDAD DEL PACIENTE: Existe un acuerdo general para proteger la privacidad de los pacientes, y el obtener su consentimiento permite acceder a su expediente clínico y buscar la información relevante, así mismo como acceder a datos personales (sensibles y no sensibles) y empleo de imágenes. Por lo cual de forma oportuna se debe obtener el consentimiento por escrito, que abarque lo anteriormente mencionado, y que en el documento debe ser asentado claramente el uso de imágenes, y el tipo de datos personales que serán incluidos (lugar de nacimiento, lugar de residencia, profesión, escolaridad, etc.) principalmente datos sensibles.</p> <p>Referir: si fue tomado el consentimiento informado por escrito al paciente o en su caso al responsable legal del mismo, para el reporte/ informe de caso clínico. De no haberse obtenido este consentimiento, declarar que se realizó la eliminación de la información identificativa de todos los datos relacionados con el paciente, tanto de forma escrita como de imágenes, y justificar la no obtención de este. Si se obtuvo el consentimiento del paciente, es obligado incorporar copia.</p> <p>En esta guía se anexa un formato de CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REPORTE/INFORME DE CASO CLÍNICO, que abarca los puntos señalados</p>
b) CONFLICTOS DE INTERES Y PERTINENCIA DEL REPORTE/INFORME DE CASO	<p>Existencia de conflicto de interés: se considera cuando la información que se pretende obtener puede ser influenciada por alguna relación personal, financiera o con alguna organización, y debe ser declarado por el autor y los coautores. Así mismo es importante tener presente el involucro de otras áreas que pueden haber intervenido para el diagnóstico y/o tratamiento, aclarando el grado de intervención para la referencia o elaboración de este reporte, se invitaron a participar o solo se emitirán los agradecimientos por el apoyo, ya que no se cumplió con los requisitos para ser incluidos como coautoría.</p> <p>Referir: La existencia o no de conflicto de interés de los puntos señalados, y los agradecimientos (si aplica)</p> <p>Pertinencia del reporte/informe de caso: Implica la valoración que se realizó de la literatura médica, para determinar si el motivo por el cual se pretende reportar es a raíz de casos similares, teniendo presente el número reportado y las circunstancias, si se aportara o incrementara información relevante de la entidad en sus características, diagnóstico y/o tratamiento, o en la didáctica para la enseñanza.</p> <p>Descripción: No mayor a un párrafo, la justificación clara y precisa por la cual es pertinente reportar este caso clínico</p>
IV. 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 uso El pie de foto debe referir claramente lo que se intenta mostrar en la imagen

TRAMITE DE ENTREGA	
DOCUMENTOS DE ENTREGA (impresos y electrónicos, o escaneado según se le requiera):	
1.	FORMATO DE REPORTE / INFORME DE CASO CLÍNICO Y EL FORMATO DE REVISIÓN
2.	COPIA DE CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA REPORTE/INFORME DE CASO CLÍNICO
3.	DECLARATORIA DE CONFLICTO DE INTERÉS Y PERTINENCIA DEL REPORTE/INFORME DE CASO CLÍNICO
4.	FORMATO DE PRE-REGISTRO FIRMADO Y SELLADO POR LA SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN / COPIA ACUSE
LUGAR DE ENTREGA: División de Investigación Clínica, con la secretaria del área, en los horarios establecidos (favor de consultar con el área)	
REGISTRO DE TRÁMITE: Antes de la entrega de la documentación es indispensable registrarse en la libreta correspondiente con los datos que se solicitan	
RECEPCIÓN: Una vez que realizo su registro, la secretaria de la División de Investigación Clínica le solicitará la documentación	
COTEJO: la documentación tanto impresa como electrónica será cotejada en función a: <ul style="list-style-type: none"> - FORMATOS VIGENTES: que se pueden obtener de la página electrónica del Hospital - FIRMAS COMPLETAS Y ORIGINALES - INFORMACIÓN GENERAL CONCORDANTE EN TODOS LOS DOCUMENTOS 	
ACUSE: Como acuse se solicita copia de la primera hoja del FORMATO DE REPORTE / INFORMA DE CASO COMPLETADO FIRMADO POR EL SUBDIRECTOR Y CON EL SELLO RESPECTIVO	
DOCUMENTOS IMPRESOS	
Procurar que las impresiones tengan la calidad adecuada para que pueda darse lectura a éstos.	
FIRMAS: Todos los documentos deben contener FIRMAS ORIGINALES, NO SE ACEPTARÁN CON RUBRICAS O CON FIRMAS POR AUSENCIA.	
Archivo WORD, letra “Times New Roman”, tamaño 10, espaciado 1.5	
DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ FORMATOS DE ARCHIVOS. Los archivos deben estar en formato WORD ▪ DISCO COMPACTO: debe entregarse rotulado con el título del trabajo (no etiquetas autoadheribles o similares) ▪ ARCHIVOS: Cada archivo debe ser designado según corresponda e incluyendo el número ejemplo <ol style="list-style-type: none"> 1. Formato de entrega y reporte /informe o 2. Copia de carta de consentimiento 3. Declaratoria de conflicto de interés y pertinencia del reporte/informe de caso 	
SELLO Y NUMERO DE SEGUIMIENTO: Una vez cotejada la documentación y cumpliendo con lo solicitado, se sellará el acuse, con la fecha de entrega y se asignará el número de seguimiento.	
En base al número de seguimiento asignado, el autor o primer coautor podrán solicitar información relacionada al trabajo entregado en la División de Investigación Clínica, registrando su petición en la libreta establecida para ello; la respuesta se dará vía electrónica, Es conveniente que revise el correo que fue referido para recibir información de forma constante, incluyendo la bandeja de “correos no solicitados” (SPAM).	

REVISIÓN EXPEDITA CASO CLÍNICO Y DICTAMEN

Completar el cuadro donde se engloban los **ELEMENTOS PARA LA ESTRUCTURACIÓN DEL CASO CLÍNICO**, marcando con una “X” la columna correspondiente. Considerar consultar la guía de estructuración del **REPORTE/INFORME DE CASO**. Para concretar su dictamen se debe cumplir lo siguiente:

A) DICTAMEN APROBATORIO

Para considerar como dictamen aprobatorio la revisión expedita del **informe/reporte de caso clínico** debe cumplir lo siguiente:

- Contar con los elementos señalados en el cuadro que completo adecuadamente estructurados (todos SI)
- Contar con los elementos señalados en el cuadro que completo adecuadamente estructurados (SI en su mayoría y parcial)
- Contar con las Consideraciones éticas referidas
- No presentar errores de redacción, ni faltas ortográficas

B) SUSPENSIÓN DE REVISIÓN EXPEDITA DE INFORME/REPORTE DE CASO CLÍNICO

Se refiere como “suspensión” cuando el documento no cumple con lo referido anteriormente, y necesita ser corregido por los autores en cualquiera de los puntos

- Con algún elemento señalado como “NO”, se debe solicitar las modificaciones respectivas
- Todos parciales, se debe solicitar las modificaciones respectivas

En base a lo revisado y evaluado, complete el inciso **A** o **B** según corresponda, integrando el nombre completo del REVISOR, título del trabajo, fecha de dictamen, firma del REVISOR (eliminar paréntesis). En caso de SUSPENSIÓN puede ampliar o especificar la causa en el apartado de “Comentario u observación final”, o incorporar de forma general su observación

ENVÍO DE DICTAMEN REVISIÓN EXPEDITA CASO CLÍNICO:

EL ENVÍO DEBERA DE SER DENTRO DEL PERIODO DE LOS 10 DÍAS PROGRAMADOS PARA LA REVISIÓN EXPEDITA, QUE SE ENCUENTRA ESPECIFICADO EN EL OFICIO DE ASIGNACIÓN

Una vez concluida su revisión y emitido su fallo se le solicita lo siguiente:

- Imprimir el **FORMATO DICTAMEN DE REVISIÓN EXPEDITA CASO CLÍNICO** completado
- Firmar en el apartado correspondiente a su fallo y escanear o tomar foto
- Enviar vía electrónica exclusivamente al correo: evaluacionprotocolosgea@gmail.com
 - **EL FORMATO DE REVISIÓN EXPEDITA CASO CLÍNICO completado**
 - Documento escaneado o foto de la hoja correspondiente al punto **FORMATO DICTAMEN DE REVISIÓN EXPEDITA CASO CLÍNICO**, donde registro su firma

Posteriormente es **OBLIGATORIO** entregar de forma física el **FORMATO DICTAMEN DE REVISIÓN EXPEDITA CASO CLÍNICO** y **FORMATO DICTAMEN DE REVISIÓN EXPEDITA CASO CLÍNICO** completado y firmado, ya que el mismo se anexará al expediente correspondiente