



Guía de reporte de casos

Lista de verificación CARE 2013

1. Título: El diagnóstico o intervención de enfoque primario seguido de las palabras "informe de caso".
2. Palabras clave: de 2 a 5 palabras clave que identifiquen diagnósticos o intervenciones en este informe de caso (incluido "informe de caso").
3. Resumen – (estructurado o no estructurado)
 - Introducción – ¿Qué tiene de singular este caso y qué aporta a la literatura científica?
 - Principales preocupaciones del paciente y hallazgos clínicos importantes.
 - Los diagnósticos primarios, intervenciones y resultados.
 - Conclusión – ¿Cuáles son una o más lecciones que podemos sacar de este informe de caso?
4. Introducción – Resume brevemente por qué este caso es único y puede incluir referencias a literatura médica.
5. Información para el paciente
 - Información específica del paciente no identificado.
 - Principales preocupaciones y síntomas del paciente.
 - Historial médico, familiar y psicosocial, incluida información genética relevante.
 - Intervenciones pasadas relevantes y sus resultados.
6. Hallazgos clínicos: describa el examen físico (EF) significativo y los hallazgos clínicos importantes.
7. Línea de tiempo: información histórica y actual de este episodio de atención organizada como una línea de tiempo (figura o tabla).
8. Evaluación diagnóstica
 - Métodos diagnósticos (EP, pruebas de laboratorio, imágenes, encuestas).
 - Desafíos diagnósticos.
 - Diagnóstico (incluyendo otros diagnósticos considerados).
 - Características pronósticas cuando corresponda.

9. Intervención terapéutica

- Tipos de intervención terapéutica (farmacológica, quirúrgica, preventiva).
- Administración de la intervención terapéutica (dosis, potencia, duración).
- Cambios en las intervenciones terapéuticas con explicaciones.

10. Seguimiento y resultados

- Resultados evaluados por el médico y el paciente, si están disponibles.
- Diagnósticos de seguimiento importantes y otros resultados de pruebas.
- Adherencia y tolerabilidad a la intervención. (¿Cómo se evaluó esto?)
- Eventos adversos e imprevistos.

11. Discusión

- Fortalezas y limitaciones en su enfoque de este caso.
- Discusión de la literatura médica relevante.
- La justificación de sus conclusiones.
- Las principales lecciones que se pueden extraer de este informe de caso (sin referencias) en una conclusión de un párrafo.

12. Perspectiva del paciente: el paciente debe compartir su perspectiva sobre el tratamiento o tratamientos que recibió.

13. Consentimiento informado: El paciente debe otorgar su consentimiento informado. (Proporcionarle si se le solicita).

La lista de verificación de CARE (y el esquema de escritura) se han traducido a varios idiomas. Visite SWIHM para acceder a estas traducciones. <https://www.care-statement.org/checklist>