

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BASURTO	VIVE	LAURA ESTHER	20	12	1993	30 años, 9 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314634450	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA 9 DE OCTUBRE y	096-760-1905 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1314634450	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2024	09	24
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad
resolutiva



Saturación capacidad
instalada



Ausencia temporal del
profesional



Otros/especifique:



Falta de profesional



3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 30 AÑOS DE EDAD, MESTIZA, MULTIGESTA, ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR SEGUNDO CONTROL PRENATAL LA CUAL CURSA CON EMBARAZO DE +- 23.1 SEMANAS POR FUM:15/04/2024 Y 23.0 SEMANAS FDE GESTACION POR ECOGRAFIA REALIZADA EL 27/08/2024. AL INTERROGATORIO REFIERE QUE AL INICIO DE SU EMBARAZO RECIBE MEDICACIÓN POR PARTE DE SOLCA DEBIDO A SEGUIMIENTO POR DIAGNOSTICO DE VPH REALIZADO EN EL AÑO 2018 POR PRESENTAR CUADRO CLINICO CARCATERIZADO POR SECRECIONES ROSACEAS DE POCA CANTIDAD, POR LO CUAL SUSPENDE LA MEDICACION DE INMEDIATO Y SE REALIZA ECOGRAFIA DONDE SE EVIDENCIA ESTADO NORMAL DEL FETO, MISMA REPORTADA EN PESTAÑA CORRESPONDIENTE. REFIERE DOLOR TIPO CONTRACTIL AL EXAMEN FISICO NO PRESENTA SIGNOS DE ALARMA, NO SANGRADO TRANSVAGINAL, NO EDEMA, ESTADO DE CONCIENCIA ALERTA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, NO REFIERE CONTRACCIONES NI DOLOR, NO SANGRADO O HIDRORREA CON CERVIX CERRADO. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: INFECCION DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO, ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: MADRE DIABETICA E HIPERTENSA, ANTECEDENTES QUIRURGICOS: CESAREAS ANTERIORES (3), ALERGIAS: NO REFIERE, HABITOS: DROGAS, ALCOHOL, TABACO, CAFÉ: NO REFIERE, VIOLENCIA: NO REFIERE, GRUPO SANGUÍNEO: O+, VACUNAS: COMPLETA VIGENTE, ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS: FUM: 15/04/2024, FECHA DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES: 18 AÑOS, EDAD DE MENARQUIA: 11 AÑOS, ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: G5 P0 C3 A2 METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR: NO REFIERE, PAP REALIZADO DE MANERA PARTICULAR, EMBARAZO PLANIFICADO: NO, SCORE MAMA: 0, ALTURA UTERINA: 20 CM, PRESENTACIÓN: CEFALICO, FCF: 150, MOVIMIENTOS FETALES: SI, SANGRADO VAGINAL: HACE 11 DIAS. AL EXAMEN FISICO SE PRESENTA ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, ACTIVA REACTIVA, PIEL Y MUCOSAS NORMOCOLOREADAS Y NORMOHIDRATADAS, CUELLO SIN ADENOAPTAS, CARDIORESPIRATORIO SUFICIENTE, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE Y NO DOLOROSO, ALTURA UTERINA COMPATIBLE CON EDAD GESTACIONAL, DIURESIS Y EMUNTORIOS NORMALES, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIN PATOLOGIA APARENTE. SCORE MAMA: ID: EMBARAZO DE 23.1 OBTENIDO POR FUM CONFIABLE, SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO, RIESGO OBSTETRICO: MUY ALTO (15 PUNTOS). ANTECEDENTE DE ABORTO (2) 2 PUNTOS, PERIODO INTERGENESICON < 18 MESES 2 PUNTOS, MADRE Y HERMANA CON PREECLAMPSIA 2 PUNTOS, CICATRIZ UTERINA PREVIA TRES O MAS CESAREAS 3 PUNTOS, SOBREPESO 1 PUNTO, PATOLOGIA CERVICAL (VPH) 3 PUNTOS, INFECCIONES VAGINALES A REPETICION 2 PUNTOS. MOTIVO POR EL CUAL SE REALIZA REFERENCIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO 27/08/2024 EMBARAZO DE 19 SEMANAS DE GESTACION POR ECOGRAFIA, FETO UNICO, CINETICA NORMAL, PRESENTACION CEFALICO. LASTIDOS CARDIACOS FETALES 148. PLACENTA DE INSERCIÓN ANTERIOR GRADO 0 MADURACION. ILA 9 CM. PESO FETAL 282 G ACORDE A EDAD GESTACIONAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	O342		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-24	12:22	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-24	12:22	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	