

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANCHEZ		SEGUNDO HERIBERTO	17	03	1954	70 años, 10 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304811886	MANABI	CHONE	SANTA RITA	BELLAVISTA ALTA y	098-953-3755 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1304811886	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2025	02	08
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 MASCULINO DE 70 AÑOS, SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, AL MOMENTO NIEGA FIEBRE, NÁUSEA, VÓMITO, MALESTAR GENERAL, FALTA DE APETITO, DECAIMIENTO. REFIERE CUADRO CLÍNICO DE 3 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR RIGIDEZ MATUTINA DE 10 MINUTOS DE DURACIÓN, PARTICULARMENTE EN ARTICULACIONES DE RODILLA, CODOS Y MANOS, NO ALIVIA CON EJERCICIOS, NO AUTOMEDICACIÓN. ACUDE CON RADIOGRAFÍA DE RODILLAS (EN CD, SIN INFORME) EN DONDE SE OBSERVAN SIGNOS DE OSTEOARTROSIS AVANZADA EN AMBAS RODILLAS, DISMINUCIÓN DE ESPACIO ARTICULAR (ESPECIALMENTE EN COMPARTIMENTO MEDIAL), PRESENCIA DE OSTEOFITOS, ESCLEROSIS SUBCONDRA Y CUERPOS LIBRES INTRAARTICULARES; POR LO CUAL SE DECIDE REALIZAR REFERENCIA A REUMATOLOGÍA POR CUADRO DE ARTRALGIA CRÓNICA, LIMITACIÓN FUNCIONAL Y POSIBLE COMPONENTE INFLAMATORIO. ADEMÁS, PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE 14 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO LESIONES DESCAMATIVAS (SURCOS ACARINOS, PÁPULAS ERITEMATOSAS, VESÍCULAS Y COSTRAS Y RASTROS DE LIQUENIFICACIÓN). SON PRURIGINOSAS Y SE ENCUENTRAN EN CODOS, RODILLAS, PIERNAS Y MANOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PLAN: ASesoría DE ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA E HIDRATACIÓN ADECUADA. ESQUEMA DE VACUNACIÓN SEGÚN MSP (VACUNACIÓN DE INFLUENZA EN ESTE MOMENTO), RECOMENDACIONES DE HIGIENE Y SALUD BUCODENTAL, CONSEJERÍA DE HáBITOS NOCIVOS, SENSIBILIZACIÓN SOBRE EL DENGUE Y COVID 19, EVITAR EXPOSICIÓN EXCESIVA AL SOL Y, RECOMENDACIÓN DE USO DE BLOQUEADOR SOLAR. SE SOLICITA BIOMETRÍA HEMÁTICA, GLUCOSA, UREA, CREATININA, LDL, HDL, COLESTEROL TOTAL (NO SE DISPONE DE STOCK EN UNIDAD DE SALUD). SE REALIZA EDUCACIÓN A PACIENTE Y FAMILIAR SOBRE LA CONDICIÓN DEL PACIENTE. PARA LA ESCABIOSIS ES NECESARIO QUE EL TRATAMIENTO SE EMPLEE PARA TODA LA FAMILIA. TODA LA ROPA SE DEBE LAVAR EN AGUA CALIENTE Y SECARSE A TEMPERATURA ALTA, SI NO SE PUEDE LAVAR SE DEBE SELLAR EN BOLSAS PLÁSTICAS HERMÉTICAS Y GUARDAR EN UN ARMARIO OSCURO POR UNA SEMANA. CREMA DE PERMETRINA AL 5%, APLICAR EN TODO EL CUERPO DESDE EL CUELLO HACIA ABAJO POR LA NOCHE, DEJAR ACTUAR DE 8-14 HORAS Y ENJUAGAR EN LA MAÑANA; SEGUNDA APLICACIÓN A LOS 7 DÍAS. IVERMECTINA TABLETAS 6 MG VÍA ORAL DAR 2 COMPRIMIDOS EN ESTE MOMENTO Y REPETIR DOSIS EN 14 DÍAS. PARA ALIVIAR EL PRURITO, DAR ANTIHISTAMÍNICO EN LA NOCHE: LORATADINA 10 MG VO QD POR 7 DÍAS. PARA HIDRATACIÓN: EMPLEAR CREMAS HIDRATANTES SIN FRAGANCIA NI ALCOHOL NI CORTICOIDES. SE PRESCRIBE UREA EN CREMA AL 10%, APLICAR UNA O DOS VECES AL DÍA EN ÁREAS DE RESEQUEDAD, DE PREFERENCIA LUEGO DEL BAÑO. NO APLICAR EN ÁREAS QUE TENGAN HERIDAS ABIERTAS O PIEL MUY IRRITADA. SIGNOS DE ALARMA. REFERENCIA PARA REUMATOLOGÍA. CONTROL SUBSECUENTE.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M159	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-08	11:49	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

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 clínico

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
2025-02-08	11:49	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	