

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	ORTIZ	EVELYN PIERINA	25	02	2002	22 años, 6 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313913764	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SANTA FE 2000 y	099-128-7187 /
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	1313913764	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	20
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 22 AÑOS DE EDAD, MESTIZA, SECUNDIGESTA, QUE ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR CONTROL PRENATAL LA CUAL CURSA CON AMENORREA DE +- 33.4 SEMANAS POR ECO TEMPRANA REALIZADA 12/04/24: REPORTA EMBARAZO DE 10.3 SG FPP: 5/11/24 NO CONFIABLE. AL INTERROGATORIO REFIERE CEFALEA DE ALTA INTENSIDAD, EDEMAS DE MIEMBROS INFERIORES, TENSIONES ARTERIALES ELEVADAS POR LO CUAL ACUDE A EMERGENCIA DEL HNDC, DONDE LE PRESCRIBEN ALFAMETILDOPA TABLETAS MAS ACIDO ACETILSALICILICO. Y SOLICITAN REFERENCIA A CONSULTA EXTERNA PARA SEGUIMIENTO DE CASO. AL MOMENTO PACIENTE RIERE HABER SIDO ATENDIDA POR EMERGENCIA EN CENTRO DE SALUD TIPO C EL DÍA 06/09/2024 DEBIDO A QUE PRESENTABA DOLORES DE TIPO CONTRÁCTIL,EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES, CEFALEA PULSATIL, EN DICHA UNIDAD REALIZAN EXAMEN DE TIRILLA DE PROTEINURIA EVIDENCIANDO NITRITOS POR LO QUE ENVÍAN TRATAMIENTO PARA IVU CON NITROFURANTOÏNA 500 MG CADA 12 HORAS POR 7 DÍAS, REALIZAN MONITOREO QUE EVIDENCIA ACTIVIDAD UTERINA POR LO QUE ENVÍAN A ESTA UNIDAD PARA REALIZAR REFERENCIA DEBIDO A EMBARAZO DE ALTO RIESGO. PACIENTE NO PRESENTA SIGNOS DE ALARMA, NO SANGRADO TRANSVAGINAL, EDEMA, ESTADO DE CONCIENCIA ALERTA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, REFIERE CONTRACCIONES NO CONTABILIZADAS, DOLOR EN HIPOGASTRIO, NO SANGRADO O HIDRORREA CON CÉRVIX CERRADO. AL MOMENTO ACUDE SIN ECOGRAFIA NI EXAMENES DE LABORATORIO. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: SÍNDROME DE OVARIOS POLIQUISTICOS. ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: ABUELOS HTA ANTECEDENTES QUIRURGICOS: NO REFIERE ALERGIAS: NO REFIERE HABITOS: DROGAS, ALCOHOL, TABACO, CAFÉ: NO REFIERE VIOLENCIA: NO REFIERE GRUPO SANGUÍNEO: A+. VACUNAS: COMPLETA VIGENTE, ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS: NO REFIERE FUM: NO RECUERDA IRREGULAR FECHA DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES: 17 AÑOS EDAD DE MENARQUIA: 14 AÑOS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: G 1 P 0 C 0 A1 METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR: NO USABA PAP: NO. EMBARAZO PLANIFICADO: SI SCORE MAMA: (1) ALTURA UTERINA: 34 CM PRESENTACIÓN: PODALICO, SITUACIÓN: INDETERMINADO, FCF: 155 LPM. MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES. SANGRADO VAGINAL: NO REFIERE. RIESGO OBSTETRICO: ALTO (4 PUNTOS - 3 PUNTOS POR IMC MAYOR A 30 Y 1 PUNTO POR ABORTO GEMELAR ANTERIOR) ID: EMBARAZO OBTENIDO POR ECO TEMPRANA NO CONFIABLE CONTROL NORMAL DE EMBARAZO. SE LE BRINDA ATENCIÓN OPORTUNA, LLENADO DE FORMULARIO 051 POR NO TENER LIS EN STOCK. SE REALIZA PRUEBA DE VIH Y SIFILIS: NO REACTIVOS. SE ENTREGA HIERRO MAS ACIDO FOLICO, NO CONTAMOS CON CALCIO EN STOCK. SE LE DA CONSEJERÍA SOBRE LOS SIGNOS DE ALARMA, MEDIDAS DE HIGIENE Y ALIMENTACIÓN ADECUADA, ASÍ COMO APOYO A LA LACTANCIA MATERNA. SE ENVIA REFERENCIA A HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

GESTANTE CON OBESIDAD MORBIDA, ANTECEDENTE DE ABORTO GEMELAR, AL MOMENTO PACIENTE CON ACTIVIDAD UTERINA, EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES, CEFALEA DE TIPO PULSÁTIL.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTENSION GESTACIONAL [INDUCIDA POR EL EMBARAZO]	O13X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-20	09:36	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
2024-09-20	09:36	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	