

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	VELEZ	MARIA NAHOMI	08	04	2019	7 años, 3 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353110099	MANABI	CHONE	CANUTO	CALLE BOLIVAR y X	096-273-9097 /
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	1353110099	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	07	10
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 7 AÑOS DE EDAD, QUIEN ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE PARA REVISIÓN DE ECOGRAFÍA MAMARIA SOLICITADA POR AUMENTO DE VOLUMEN Y DOLOR EN MAMA IZQUIERDA DE APROXIMADAMENTE 6 MESES DE EVOLUCIÓN. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE ENCUENTRA ACTIVA, REACTIVA, AFEBRIL, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE Y SIN DATOS DE COMPROMISO GENERAL. SE REvisa ECOGRAFÍA MAMARIA DE FECHA 02 DE JULIO DE 2026, LA CUAL REPORTA EN AMBAS MAMAS PRESENCIA DE TEJIDO GLANDULAR, DILATACIÓN DE CONDUCTOS MAMARIOS Y PROLIFERACIÓN DEL ESTROMA PERIDUCTAL, COMPATIBLE CON ESTADIO DE TANNER II. A NIVEL AXILAR DERECHO SE DESCRIBE NÓDULO SUBCUTÁNEO DE 20 × 5 MM, DE CONTORNOS REGULARES Y FLUJO HILIAR CENTRAL, COMPATIBLE CON GANGLIO HIPERTRÓFICO DE TIPO REACTIVO; REGIÓN AXILAR IZQUIERDA Y TIROIDES SIN ALTERACIONES ECOGRÁFICAS. EL INFORME NO DESCRIBE LESIÓN MAMARIA FOCAL SÓLIDA DE CARACTERÍSTICAS SOSPECHOSAS; SIN EMBARGO, DEBIDO A LA EDAD DE LA PACIENTE, LA PRESENCIA DE DESARROLLO MAMARIO TANNER II Y LA PERSISTENCIA DE LOS CAMBIOS DURANTE APROXIMADAMENTE 6 MESES, SE REALIZA REFERENCIA A PEDIATRÍA PARA VALORACIÓN DEL DESARROLLO PUBERAL, CORRELACIÓN CON LA VELOCIDAD DE CRECIMIENTO Y EXÁMENES HORMONALES PREVIOS, DESCARTE DE PUBERTAD PRECOZ Y DETERMINACIÓN DE LA NECESIDAD DE VALORACIÓN POR ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA. SE EXPLICA A LA MADRE EL RESULTADO DEL ESTUDIO, LA CONDUCTA A SEGUIR Y LOS SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ESTUDIO ECOGRÁFICO DE MAMA DERECHA: PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO NORMAL. PRESENCIA DE ELEVACIÓN DE AREOLA Y PEZÓN. PRESENCIA DE TEJIDO GLANDULAR SUBYACENTE. REGIÓN RETROAREOLAR Y MAMARIA: DILATACIÓN DE CONDUCTOS MAMARIOS Y PROLIFERACIÓN DE ESTROMA PERIDUCTAL. ESTADIO DE TANNER (2). REGIÓN AXILAR DERECHA: PRESENCIA DE NÓDULO SUBCUTÁNEO HETEROGÉNEO ENCAPSULADO DE 20 MM POR 5 MM, DE CONTORNO REGULAR, CON ÁREA ECOGÉNICA CENTRAL Y ÁREA HIPOECOGÉNICA PERIFÉRICA. AL MAPEO DOPPLER, PRESENCIA DE FLUJO CENTRAL Y A NIVEL HILIAR, CUADRO COMPATIBLE CON GANGLIO HIPERTRÓFICO DE TIPO REACTIVO. ESTUDIO ECOGRÁFICO DE MAMA IZQUIERDA: PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO NORMAL. ELEVACIÓN DE AREOLA Y PEZÓN. PRESENCIA DE TEJIDO GLANDULAR SUBYACENTE. REGIÓN RETROAREOLAR Y MAMARIA. DILATACIÓN DE CONDUCTOS MAMARIOS Y PROLIFERACIÓN DE ESTROMA PERIDUCTAL. ESTADIO DE TANNER (2). REGIÓN AXILAR IZQUIERDA NORMAL. TIROIDES DE ASPECTO ECOGRÁFICO NORMAL. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: MAMA DERECHA E IZQUIERDA CON PRESENCIA DE DILATACIÓN DE CONDUCTOS MAMARIOS Y PROLIFERACIÓN DE ESTROMA PERIDUCTAL. ESTADIO DE TANNER (2). REGIÓN AXILAR DERECHA CON PRESENCIA DE GANGLIO HIPERTRÓFICO DE TIPO REACTIVO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MASTODINIA	N644	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-10	15:49	Medicina Rural	MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA	1316516853	



Milena Fernanda Macias Mejia



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
2026-07-10	15:49	Medicina Rural	MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA	1316516853	