

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARBERAN	MERA	ROSA RAMONA	15	06	1977	48 años, 5 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1718406232	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CIRIACO UNO y SN	098-970-0901 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1718406232	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2025	11	27
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 48 AÑOS QUE ACUDE POR CUADRO DE SEIS MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR SANGRADO UTERINO ANORMAL DE PATRÓN IRREGULAR, REFIRIENDO MESES CON MENSTRUACIONES DE CARACTERÍSTICAS HABITUALES Y OTROS EPISODIOS CON SANGRADO DE MAYOR ABUNDANCIA Y DURACIÓN. ACOMPAÑA DOLOR ABDOMINAL TIPO CÓLICO DE INTENSIDAD VARIABLE. CUENTA CON ECOGRAFÍA PÉLVICA PREVIA DONDE SE IDENTIFICA MIOMA UTERINO CLASIFICADO COMO FIGO TIPO 2. NIEGA FIEBRE, SECRECIÓN VAGINAL PATOLÓGICA, SÍNTOMAS URINARIOS O SIGNOS DE ANEMIA MANIFIESTA. ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA. SE OBSERVA BUEN ESTADO GENERAL. POR REPORTE EN ECOGRAFIA SE RECOMIENDA CONTROL CON ESPECIALIDAD, POR LO QUE SE ENVIA REFERENCIA A GINECOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: SONODUCTOROGRAFIA TRANSVAGINAL EN EQUIPO MINDRAY Z60 DE ALTA GAMMA, CON TRANSDUCTOR INTRACAVITARIO, OBSERVANDO: UTERO: LATERALIZADO Y AVF. MIOMETRIO HETEROGENEO CON PRESENCIA DE IMÁGENES REDONDEADAS BIEN DEFINIDAS DE ECOTEXTURA HIPOECOGENICA MODERADAMENTE Densa DE CONTORNOS Y BORDES LISOS REGULARES CON CAPTACION POSITIVA A DOPPLER COLOR VASCULARIZADO A PERIFERIA Y CENTRAL, LA DE MAYOR MEDIDAS DE 33.0MM X 24.0MM X 32.0MM Y UN VOLUMEN DE 13.57CC UBICADA EN ZONA INTRAMURAL EN REGION ANTEROSUPERIOR UTERINA. ENDOMETRIO: HIPERECOGENICO, LEVEMENTE ENGROSADO MIDE: 6.1MM. SE VISUALIZA A NIVEL DE CERVIX PRESENCIA DE IMÁGENES REDONDEADAS DE CONTENIDO ANECOICO DE CONTORNOS Y BORDES LISOS REGULARES CON REFORZAMIENTO ACUSTICO FOSTERIÜR Y NEGATIVIDAD A DOPPLER COLOR, EL DE MAYOR DIMENSION MIDE 10.8MM X 7.0MM X 9.2MM Y UN VOLUMEN DE 0.37CC, EN RELACION A QUISTES DE NABOTH. OVARIO DERECHO: FORMA Y TAMAÑO CONSERVADO MIDE 2.76CM CON UN VOLUMEN DE 12.30CC, ECOGENICIDAD ADECUADA, PARENQUIMA HETEROGENEO CON PRESENCIA DE IMAGEN REDONDEADA UNICA DE CONTENIDO ANECOICO DE CONTORNOS Y BORDES LISOS REGULARES DELINEADOS CON AREAS DE REFORZAMIENTO ACUSTICO POSTERIOR Y NEGATIVIDAD A DOPPLER COLOR QUE MIDE 16.5MM X 16.1MM X 16.2MM Y UN VOLUMEN DE 2.26CC, RESTO DEL PARENQUIMA CON ADECUADA VASCULARIZACION. OVARIO IZQUIERDO: FORMA Y TAMAÑO CONSERVADO MIDE 2.39CM CON UN VOLUMEN DE 4.08CC, ECOGENICIDAD ADECUADA, PARENQUIMA HOMOGENEO, SIN PRESENCIA DE IMAGENES FOLICULARES NI QUISTICAS EN SU INTERIOR, RESTO DEL PARENQUIMA CON ADECUADA VASCULARIZACIÓN. NO SE EVIDENCIA LIQUIDO EN FONDO DE SACO DE DOUGLAS. CONCLUSIONES: UTERO LATERALIZADO Y EN AVF. ENDOMETRIO. FASE PROLIFERATIVA. MIOMA UTERINO FIGO 2. 45 QUISTES UNILOCULAR OVARICO SIMPLE UNILATERAL DERECHO. ORADS II. QUISTES DE NABOTH. SE RECOMIENDA VALORACION POR GINECOLOGIA. SE RECOMIENDA REALIZAR RM DE PISO PELVICO PARA MAYOR CORRELACION DX.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LEIOMIOMA INTRAMURAL DEL UTERO	D251	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-27	09:36	Medicina Rural	DENNIS RENATO ERAZO CHIGUANO	1721390514	

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
2025-11-27	09:36	Medicina Rural	DENNIS RENATO ERAZO CHIGUANO	1721390514	