



Dirección: Avenida Rodrigo Pachano y Edmundo Martínez 10-76  
Telfs: (03) 2999100

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres		Fecha de Nacimiento		Sexo	
GUERRERO		MONGON		PABLO ANDRES		27 2 2016		H	
						dia mes año		195/50	
Nacionalidad	País	cedula de ciudadanía o pasaporte	Lugar de residencia actual			Direccion Domiciliaria		N.-Teléfono	
ECU	ECUADOR	1851224749	18	1	1	AMBATO		983783215	
1-Ecu/Ext		Provincia Cantón Parroquia							

## II.- REFERENCIA

1 ☐

DERIVACION: 2 ☒

### 1.- Datos Institucionales

Entidad del sistema	Historia Clínica N.-	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Area		
IESS	517168	HOSPITAL GENERAL AMBATO	B	18001		
				Fecha		
				11	7	2023
				dia	mes	año
Entidad del Sistema	Servicio		Especialidad			
	UNIDAD DE MAYOR COMPLEJIDAD		ONCOLOGIA PEDIATRICA			

### 2.- Motivo de Referencia o Derivación

Limitada capacidad resolutoria	1 <input type="checkbox"/>	Saturación de capacidad instalada:	4 <input type="checkbox"/>
Asistencia de personal insuficiente	2 <input type="checkbox"/>	Otros / Especifique:	5 <input checked="" type="checkbox"/>
Falta de Profesional	3 <input checked="" type="checkbox"/>	TRATAMIENTO INTEGRAL ONCOLOGIA PEDIATRICA	
CODIGO TARIFARIO: 99203			

### 3.- Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 7 AÑOS 4 MESES DE EDAD, PRODUCTO DE LA SEGUNDA GESTA, NACIÓ POR CESAREA A LAS 40 SEMANAS, SIN ANTECEDENTES PERINATALES, NATALES O PATOLÓGICOS DE IMPORTANCIA, ACUDE POR PROPTOSIS OCULAR, REFIERE QUE DESDE HACE DOS DIAS, PRESENTA PROPTOSIS OCULAR DERECHA, ADEMÁS DE DOS ADENOPATIAS MASA EN CADENA YUGULAR ANTERIOR DE CUELLO EN AREA II Y III DE APROXIMADAMENTE 2 X 3 CM, BORDES REGULARES, MÓVILES, NO DOLOR, TAMBIEN REFIERE DOLOR DE EXTREMIDADES INFERIORES OCASIONALES DE MODERADA A GRAN INTENSIDAD SIN CAUSA APARENTE. SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES SPO2: 97 % A AIRE AMBIENTE, FRECUENCIA CARDIACA: 86 LPM, FRECUENCIA RESPIRATORIA: 20 RPM AL EXAMEN FÍSICO. OD: PROPTOSIS CONJUNTIVA CLARA, CORNEA TRANSPARENTE, CAF, CH 4/4, CRISTALINO SIN OPACIDAD. OF: CONJUNTIVA CLARA, CORNEA TRANSPARENTE, CAF, VH 4/4, CRISTALINO SIN OPACIDAD, OJO. ODI: FONDO RETINIANO, DO REDONDEADO, EXC 0.3, ISNT CONSERVADO, ECV. MACULA SIN LESIONES, RETINA APLICADA, TOPAX NO RETRACCIONES, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, EXAMEN NEUROLÓGICO ELEMENTAL, GLASSGOW 15/15 NO SIGNOS MENINGEOS, NI SIGNOS DE FOCALIDAD NEUROLÓGICA, FUNCIONES MENTALES SUPERIORES CONSERVADO. PACIENTE POR PRESENTACION CLINICA, PARACLINICA Y RADIOLOGICA SE ESTABLECE DIAGNOSTICO DE RABDOMIOSARCOMA, Y REQUIERE TRATAMIENTO POR ONCOLOGIA PEDIATRICA URGENTE.

### 4.- Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TAC DE CRANEO QUE EVIDENCIA OCUPACION DE RINOFARINGE, SEFENOIDES, SELDILAS ETMOIDALES IZQUIERDAS, CON LISIS DE LAMINA PAPIRAR DERECHA Y OCUPACION DE ORBITA, NIVELES DE SENOS MAXILARES. ECO DE CUELLO: ADENOPATIAS CERVICALES SUBMANDIBULARES DERECHAS EN EL NIVEL II Y III DE ASPECTO NEOPLASICO, RESONANCIA S/C DE SENOS PARANASALES CONCLUYE LESION EXPANSIVA NASO-ORBITA-ESFENO ETMOIDAL DERECHA, CON COMPROMISO DE LA BASE DE CRANEO ANTERIOR Y EXTENSION INTRACRANEAL A NIVEL FRONTOBASAL, COMPATIBLE CON UNA NEOPLASIA PRIMARIA DE ALTO GRADO, CORRELACION CON RABDOMIOSARCOMA, EXTENSION GANGLIONAR BILATERAL PREDOMINIO LADO DERECHO, GENERA COMPRESION DE LA ARTERIA OFTALMICA DERECHA. PARACLINICA TORCH NEGATIVO, LEUCOCITARIO (WBC): 11.80, RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS: 4.99, HEMOGLOBINA (HGB): 13.5, HEMATOCRITO (HCT): 40.3, VOLUMEN CORP. MEDIO (MCV): 89.9, RECUENTO PLAQUETAS 434.6, NEUTROFILOS % 68.4, LINFOCITOS % 21.3, MONOCITOS % 9.9, UREA EN SUERO: 18.60, CREATININA: 0.32, ASTO NEGATIVO, ANTIG CARCINO EMBRIONARIO (CEA): 0.70, CA 125: 12.2, CA 19-9: 4.75

### 5. Diagnostico

	CIE-10	PRE	DEF
1 TUMOR MALIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y DEL TEJIDO BLANDO, SITIO NO ESPECIFICADO	C499		X
2			
3			

Nombre del profesional: DR. IVAN TOAPANATA

Código MSP

Firma

## III.- CONTRARREFERENCIA

3 ☐

REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

### 1.- Datos Institucionales

Entidad del sistema	Historia Clínica N.-	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio
Contrarefiere o Referencia Inversa a:					
Fecha					
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Area	dia	mes año

### 2.- Resumen del cuadro clínico

### 3.- Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

### 4.- Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

### 5.- Diagnostico de la contrareferencia o Referencia Inversa

	CIE-10	PRE	DEF
1			
2			

### 6.- Tratamiento recomendado a seguir en el Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Nombre del profesional especialista :

Código MSP

Firma: