



Universidad del Sureste

Licenciatura en Medicina Humana

Materia:

Medicina interna

Docente:

Karina Romero

Alumno:

Minerva Reveles Avalos

Semestre y grupo:

5 "B"

Comitán de Domínguez, Chiapas a; 03 de septiembre 2021.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
SOLICITUD DE SERVICIOS (INTERCONSULTA) 4 30 200

HOSPITAL RURAL 03 ALTAMIRANO

FECHA DE ELABORACIÓN Jueves 2 de septiembre 2021	HORA DE ELABORACIÓN	URGENTE	ORDINARIO
FECHA Y HORA DE ATENCIÓN viernes 2 / 09 / 2021			
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
NOMBRE DEL PACIENTE Ramirez Maldonado Gabriela		N. S. Y AGREGADO	
PATERNO		MATERNO (S)	
SERVICIO QUE ENVÍA: consultar externa		SERVICIO SOLICITADO: Ginecología y obstetricia	
DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL: Cesaria con producto transverso			
Médico Solicitante Dra. Blanca Avalos		MATERIA	
APELLIDO PATERNO MATERNO Y NOMBRE		MATRÍCULA	
		FIRMA	

- a) Esta solicitud es para uso interno del Hospital Rural ALI AMIKANU.
- b) Se emplea para solicitar consulta a diferentes servicios, incluyendo Medicina Preventiva
- c) El medico consultado consignara la informacion en la hoja para notas medicas MI- 6
- d) No debera anexarse al expediente
- e) Debera destruirse una vez que haya cumplido su objetivo.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
 DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
 HOSPITAL RURAL 03 ALTAMIRANO

4-30-12707

NUMERO DEL D.F. DE FAMILIA: _____
 ALTERNATIVO: _____
 NOMBRE DE SEGURIDAD SOCIAL: Perez Perez Camillo IM
 ASURECIDA: _____
 NOMBRE DEL PACIENTE: Lopez Hernandez Felicitana
 PATERNO: _____ MATERNO: _____ NOMBRE (S): _____
 C.U.R.P.: _____
 DOMICILIO LOCALIDAD Y MUNICIPIO: Barrio Centro
 UNIDAD DE ADSCRIPCION: Altamirano
 TURNO: Matutino Vespertino Nocturno Jornada Acumulada

NOTAS MEDICAS Y PRESCRIPCION

CAMA N°: 4 HOJA N°: _____

FECHA Y HORA
12 de sept 02:37
SO 65 Kg
ALLA 1.50 m
C #, DIV/O: _____
A 90/60 mmHg
AM 0.0
C 50 bpm
R 50 rpm
EMP 36 °C

NOTAS MEDICAS

Paciente femenino de 44 años de edad que se encuentra en su primer día de estancia en el Servicio de Urgencias a cargo de Ginecología y Obstetricia con el diagnóstico de:

- Anemia grave, grado IV OMS
- Hemorragia uterina disfuncional:
- Miomatosis uterina y grandes elementos
- PO toma de biopsia y especímenes a la exploración física, paciente femenino consciente y orientada, con palidez en mucosa y tejamentos con oxígeno suplementario a 3 litros por minuto por cánula nasal, con mucosa oral hidratada, área pulmonar con adecuada entrada y salida de aire sin estertores ni sibilancias, ruidos cardiacos ritmicos, sin soplos o agregados, abdomen en bato, plano, blando, depresible, no doloroso y peristaltico, presenta pinzamiento de ZEA, con sonda Foley a derivacion, con escasa orina residual en bolsa colectora.

Se recibe paciente a cargo del Servicio de ginecología y obstetricia posterior a procedimiento toma de biopsia y especímenes, se recibe vía con transfusión de concentrado eritrocitario en proceso, actualmente no presenta hemorragia activa por pinza en ZEA sin embargo continuara con vigilancia hemodinamica y se iniciara transfusion de plasma fresco congelado y concentrados eritrocitarios para lograr meta de Bme, programada a primera hora, se solicita monitoreo cardiaco continuo, así como cuantificación estricta de líquidos por turnos ya que en ultimo turno no se reporta ornesis y por lo tanto se desconoce ornesis horaria, se debe continuar con TA horaria y reportar PAM debido de 65 mmHg, pasara al area de hospitalización a haber espacio fisico, paciente muy grave con alto riesgo a complicaciones así como presentar estado de choque

Resultados de los servicios auxiliares de diagnóstico. Plan y Tratamiento de continuar con hemorragia activa. Se solicita toma de Bt posterior a transfusión

DIAGNOSTICO(S) O PROBLEMAS CLINICOS	
1 Anemia grave	4
2	5
3	6
PRONOSTICO (Para la vida y función)	Complicación de choque
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA CONSULTADA:	
	Dra. Katerina Rodriguez
	Nombre, Firma y Cédula Profesional del Médico



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

HOSPITAL RURAL 03 ALTAMIRANO

REFERENCIA-CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA:

ORDINARIO

URGENTE

NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA		AGREGADO
Perez	Perez	Domingo
NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		AGREGADO
		11198715
NOMBRE DEL PACIENTE		
Espinosa	Espinosa	Dominga
PATERNO	MATRNO	NOMBRE (S)
C. U. R. P.	DOMICILIO (CALLE Y NUMERO)	
UNIDAD DE ADSCRIPCION		

ENVIO A LA ESPECIALIDAD DE	DELEGACION	DIAGNOSTICOS DE ENVIO
Unidad de cuidados intensivos adultos		Parto quirurgico inmediato secundario
UNIDAD A LA QUE SE ENVA	DELEGACION	a embarazo de 39.4 SSG/preclamsia
		con datos de severidad, síndrome de
UNIDAD QUE ENVA	DELEGACION	HELP perinatal satisfactoria resuelta /
Hospital Rural 3 Altamirano	07 Chapa	OTB
FECHA DE SOLICITUD		FECHA DE CITA DE PRIMERA VEZ
02.09.2021		
DIA MES AÑO		DIA MES AÑO

RESUMEN CLINICO

Paciente femenina que ingresa por referir cefalea mas dolor abdominal tipo obstetrico desde hace mas de 12 hrs de forma intensa, niega perdidas transvaginales, regular adecuada motilidad fetal, niega datos de vasa previa y/o datos de bajo gasto cordado. A su ingreso paciente consciente, orientada, reactiva, con ligera palidez de tegumentos, regular estado de hidratacion, ruidos normales de reflejos pupilares conservados, cavidad oral hidratada, cuello sin adenomegalias, tórax normaliza, cardiopulmonar sin compromiso aparente, abdomen blando, globoso a expensas de útero gestante por pánicula adiposa y/o feto grande con AFU 29cm, presentación cefálica longitudinal, dorso a la izquierda con FCF de 152cpm sin datos de irritación peritoneal, al tacto vaginal, cerix posterior denso a un dedo, en todo el trayecto amniótico, extremidades (en extrem.) (+), reflejos de estiramiento muscular aumentado, pulso presentes, adecuado llenado capilar. Debido al alto riesgo de complicaciones ingreso para interrupción de embarazo por vía abdominal por lo que ingresa a quirófano con diagnóstico sugestivo de síndrome de HELLP debido a labor chorizales.

MOTIVOS DEL ENVIO:

- 1 FALTA DE RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO
- 2 PRESENCIA DE COMPLICACIONES
- 3 REQUIERE DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO ESPECIALES
- 4 RIESGO DE SECUELAS
- 5 COMPLEMENTACION DIAGNOSTICA

6 TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

7 PROTECCION ANTICONCEPTIVA

METODO ANTICONCEPTIVO _____

(FIRMA DE ACEPTACION DE LA PACIENTE)

8 OTROS _____

ESPECIALIDAD _____

INCAPACIDAD:

N° DE FOLIO _____

POR _____

DIAS _____

RAMO DE SEGURO:

ENFERMEDAD GENERAL

RIESGO DE TRABAJO

MATERNIDAD

INICIA

FECHA DE INICIO

DIA	MES	AÑO

N° DIAS ACUMULADOS _____

MEDICO RESPONSABLE

Dr. Blanca Avilos

(NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA) 113540581

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA

Dr. Angel Castro

(NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA) 11392225

DEBE SER LLENADO POR EL ESPECIALISTA QUE DA DE ALTA (TEMPORAL O DEFINITIVA)