



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**APTITUD CLÍNICA DURANTE EL INTERNADO MÉDICO Y REVISIÓN
DE CASOS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE Y EN
EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE ENERO
2020 - ABRIL 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

STEFFY VALERIE BAYRO CUADROS

YOSHUA LEONARDO ROJAS SALAZAR

ASESORA

DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON

**LIMA, PERÚ
2021**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**APTITUD CLÍNICA DURANTE EL INTERNADO MÉDICO Y
REVISIÓN DE CASOS EN EL HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO UNANUE Y EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO
E. BERNALES DURANTE ENERO 2020 - ABRIL 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

STEFFY VALERIE BAYRO CUADROS

YOSHUA LEONARDO ROJAS SALAZAR

ASESORA

DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mg. Cesar Baltazar Mateo

Miembro: Mg. Oscar Otoyá Petit

Miembro: Mg. Antonio Lahoud Velaochaga

DEDICATORIA

Este trabajo de suficiencia profesional va dedicado a los médicos/as, enfermero/as, técnico/as y a todo el personal que se encuentra laborando en los establecimientos de salud durante esta pandemia debido al SARS-COV-2.

Además, una especial dedicatoria a todos los médicos que fallecieron luchando contra este virus y también a todos aquellos familiares de nuestros compañeros internos de medicina que perdieron la vida por la misma causa.

Steffy Valerie Bayro Cuadros
Yoshua Leonardo Rojas Salazar

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a nuestros respectivos establecimientos de salud porque a pesar de las circunstancias fueron unos de los pocos hospitales que aceptaron el regreso de los internos de medicina para que puedan culminar sus enseñanzas. También un agradecimiento especial al estado peruano por velar por los internos y establecer un decreto supremo beneficiando a los internos con lo mínimo requerido para poder continuar con nuestras labores en los hospitales y centros de salud

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Cirugía	6
1.2 Rotación de Gineco obstetricia	12
1.3 Rotación en Medicina interna	18
1.4 Rotación en Pediatría y Neonatología	25
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	34
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	37
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	43
CONCLUSIONES	46
RECOMENDACIONES	47
FUENTES DE INFORMACIÓN	48
ANEXOS	51
1. Test de Apgar	52

2. Test de Capurro	53
3. Test de Silverman-Anderson	54
4. Test de Bishop	55
5. Escala de Glasgow	56

RESUMEN

Realizar el internado médico de manera usual como en años anterior y continuar luego de ocurrida una pandemia ha sido un gran desafío para todos en general; sin embargo, muchos de los internos decidieron retornar y seguir con este camino por diferentes motivos. Existieron algunas dificultades, pero al final se pudieron realizar las cuatro rotaciones establecidas en un inicio; quizás en un menor tiempo, pero esto fue debido a las leyes que fueron surgiendo durante la reincorporación de los internos de ciencias de la salud. Afortunadamente, se ha podido aprovechar algunas enseñanzas por parte de los doctores y residentes de cada rotación. También se pudieron realizar algunos procedimientos, los cuales se redujeron debido a las restricciones de bioseguridad por parte del servicio en los hospitales. Esto ha dejado muchas experiencias y lecciones se han interiorizado para poder aplicar lo mejor a un futuro.

Objetivo: Explicar las competencias adquiridas en cada rotación; para la obtención del Título Profesional de Médico Cirujano, en base al Internado Médico el cual fue desarrollado durante enero del 2020 a abril del 2021

Metodología: Recopilación de información según medicina basada en evidencia y experiencias de manejo de la salud en los diferentes hospitales.

Conclusiones: Para poder aplicar lo aprendido durante los años previos de carrera se tiene que realizar el internado. Este año fue complicado por la exigencia física y mental que conlleva, además del poco tiempo que se posee para repasar los temas más importantes. Sin embargo, es gracias al internado que uno se orienta en como son las destrezas y capacidades que tiene cada uno realmente en la aplicación de los conocimientos. **Palabras**

claves: Internado médico, Cirugía general, Gineco obstetricia, Medicina interna, Pediatría, Neonatología.

ABSTRACT

Carrying out the medicine internship as usual at the beginning and after a pandemic occurs has been a challenge for everyone in general; however, many of the medicine interns have made the decision to continue with this path for different reasons. There were some difficulties, but in the end it was possible to carry out the four rotations established at the beginning; perhaps in a shorter time, but this was due to the laws that emerged during the reinstatement of health sciences interns. Fortunately, some lessons have been drawn from the doctors and residents of each rotation. Some procedures could also be performed, although not always due to biosafety restrictions on the hospitals. It has left many experiences and lessons that it has internalized in order to apply the best to the future.

Objective: Explain the skills acquired in each rotation; to obtain the Professional Title of Surgeon, based on the Medical Internship which was developed from January 2020 to April 2021.

Methodology: Information gathering according to evidence-based medicine and health management experiences in the different hospitals. **Conclusions:** In order to apply what was learned during the previous years of the degree, the internship must be carried out. This year was complicated by the physical and mental demands that it entails, in addition to the little time available to review the most important topics. However, it is thanks to the internship that one is oriented on how are the skills and abilities that each one really has in the application of knowledge.

Keywords: Medical internship, General surgery, Obstetric gynecology, Internal medicine, Pediatrics, Neonatology

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales objetivos de este trabajo de suficiencia acerca del internado médico realizado en los años 2020 - 2021 es el poder realizar una comparación de lo que era un internado médico previo a una pandemia con lo que resultó siendo durante la pandemia que se vive actualmente. Esto también con referencia a las competencias que se lograron tanto previo como durante la llegada de este virus al Perú.

El internado médico es un año muy importante donde se pone en práctica lo aprendido durante los años anteriores de la carrera. Además, la realización del internado ayuda a los estudiantes de último año a poder atender de una mejor manera a los pacientes, pues esto será muy útil para al momento de realizar el Servicio urbano y rural marginal en salud (SERUMS).

El Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU) cuenta con una categorización de III-1 y tiene como objetivo la prevención, protección, recuperación y rehabilitación de los pacientes sin importar su etapa de vida (1).

La inducción recibida en el HNHU en enero del año 2020 fue sobre bioseguridad, pero no hubo inducción previa al inicio de cada rotación durante el inicio del internado. Se fueron realizando la orientación durante los primeros días de cada mes; sin embargo, durante el reinicio del internado en octubre 2020 se realizó una breve inducción los primeros días antes de empezar nuevamente, la cual fue llevada a cabo por los residentes e internos que habían rotado con anterioridad.

Por otro lado, en este trabajo de suficiencia profesional sobre el internado médico tenemos al Hospital Sergio E. Bernales (HNSEB) categorizado como III-1 y que tiene como objetivos brindar y garantizar una atención de salud

integral y especializada en forma oportuna y segura logrando la satisfacción del usuario. (2)

Previo al inicio del internado médico en el año 2020 se realizaron inducciones durante cuatro días donde se explicó cómo serán las realizaciones de las labores de los internos durante cada rotación; además se brindó charlas sobre bioseguridad y lavado de manos. Se presentaron la mayoría de los doctores por cada rotación; sobre todo enfatizando a los tutores de cada universidad. Luego, se comenzó a hablar sobre cada rotación para poder explicar el manejo en sus respectivos servicios, así como el trabajo que debe realizar cada interno en dichos servicios y que actividades extracurriculares se realizan (seminarios, exposiciones, etc.). Luego de cada charla se entregaban folletos con lo más importante que se explicó. También en esas inducciones se explicó los horarios de entrada, la vestimenta adecuada para asistir al hospital, así como lo correspondiente a la marcación de entrada para los internos remunerados (horarios, faltas, etc.).

Respecto a la inducción para el retorno al internado en octubre 2020, en el HNSEB se dio charlas sobre bioseguridad donde se explicó principalmente la colocación de los equipos de protección personal (EPP) así como el retiro de estos para poder evitar el contagio del SARS-COV-2. A su vez, se informó los implementos necesarios para poder ingresar a cada servicio. También se explicó donde se encuentran las nuevas áreas ya que debido a la pandemia el establecimiento tuvo que abrir áreas COVID donde se encuentran los pacientes hospitalizados por esta enfermedad. Estas áreas están aisladas de los demás servicios por lo que hubo áreas que tuvieron que cerrarse para poder mantener ese aislamiento.

Recordemos que con la pandemia el enfoque de trabajo ha cambiado para las instituciones y por tanto para los trabajadores, donde los internos han sido incluidos. En el caso de los hospitales mencionados antes, el trabajo tenía protocolos y guías acordes a cada especialidad; sin embargo, con el inicio de la pandemia se realizaron cambios en la estructura del hospital como: pasadizos bloqueados o cambio de sectores de hospitalización. Uno de los cambios más resaltantes se lleva a cabo en emergencia donde todo paciente

antes de ser hospitalizado en el HNHU o antes de ingresar a emergencia no-COVID debe tener mínimo una prueba rápida negativa, con ello los internos pueden atender con garantías de seguridad. En caso tuviera prueba positiva el paciente debe ir a la carpa COVID donde se encuentran los médicos especialistas que atienden a estos pacientes. Esto no ocurría en el HNSEB donde los pacientes primero ingresaban por triaje donde de tener síntomas sugerentes se les enviaba a las carpas COVID, pero de no ser así simplemente continuaban al área del cual correspondía su emergencia. Esto llevaba a una exposición constante de los internos de medicina a este nuevo virus a pesar de la poca cantidad de EPP entregado a cada uno. Si algún paciente quedaba en observación o iba a ser hospitalizado era recién atribuible para realizarle la prueba rápida. A pesar de lo anteriormente mencionado existía una baja probabilidad de que estos pacientes se encuentren infectados, justamente para lo cual las instituciones se encargan de brindar equipo de protección necesario y se realizó énfasis en cuanto a cuáles son las normas de bioseguridad y colocación adecuada de EPP antes del retorno a los diferentes hospitales (realizadas tanto por la universidad como por la institución).

Por último, se debe mencionar una característica importante de este internado, el tiempo. Para la reincorporación al internado se dispuso de un decreto supremo (3,4) donde se establece cómo regiría y las nuevas normas de este internado médico; donde se dispone de un menor tiempo para la realización de cada rotación restante y esto debido a que a los internos de medicina se les dividió en 2 grupos; un grupo que asistía a los hospitales los primeros 15 días de cada mes y un segundo grupo asistiendo los 15 días posteriores; añadiéndose a esto que el nuevo horario de los internos era de 7am - 1pm y teniendo como día libre los domingos; se realizaban guardias diurnas de 7am - 7pm y en la mayoría de hospitales dejaron de ser obligatorias las guardias nocturnas, cabe recalcar que en otros hospitales, como en el HNHU, las guardias nocturnas se mantuvieron durante todo el internado a pesar de la pandemia. Debido a esto se encontraron opiniones diferentes referente a este método aplicado para poder continuar con el internado ya que por un lado al asistir durante menos días al mes lleva a una menor exposición

a esta enfermedad producida por el coronavirus; por otro lado, esto también resulta perjudicial al reducirse el número de pacientes de los cuales se puede aprender y poner en práctica lo aprendido; además de la dificultad para realización de algunos procedimientos o incluso la eliminación en algunos establecimientos de algunos de ellos que se realizaban de manera ambulatoria y esto debido al cierre de los consultorios externos. Si bien la realización de las actividades dispuestas por ASPEFAM han sido con un horario predispuesto este no se ha respetado en su totalidad en la mayoría de los centros de salud.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

En el presente capítulo se procederá a explicar lo aprendido en cada rotación hospitalaria en contraste con el silabo de internado médico de la Universidad de San Martín de Porres (USMP) en donde se encuentra los logros que se debió alcanzar al culminar cada rotación; presentaremos lo que se vio en los hospitales tanto antes como durante la pandemia.

El internado médico se realiza en el último año de la carrera de Medicina Humana en el Perú, la cual es la etapa más importante de toda la carrera ya que aquí es en donde se pondrá en práctica todo lo aprendido tanto de manera teórica en cada universidad como la parte clínica que se aprendió en los últimos años de rotaciones por diferentes hospitales en las diferentes especialidades en la que se subdivide la medicina humana y esto para poder llegar al mejor diagnóstico y tratamiento en cada paciente. Se aprende además que cada paciente puede presentar no solo uno sino, diferentes diagnósticos y que cada paciente puede presentar uno o todos los síntomas característicos de cada enfermedad lo que nos demuestra que la teoría vista en los libros no es la misma que la práctica vista en los hospitales y a veces el manejo no va a ser el mismo en todos los pacientes así presenten la misma enfermedad ya que cada paciente puede presentar comorbilidades diferentes y esto afectar el manejo que se vaya a realizar en cada uno (5).

Empezando con lo que es la rotación de cirugía donde encontramos dos puntos de vista, uno desde la rotación por este servicio pre pandemia y uno durante esta. El HNSEB es considerado una de las mejores sedes hospitalarias para poder realizar esta rotación ya que el interno tiene mucha libertad para poder realizar diferentes procedimientos; empezando porque es

una de las pocas sedes en donde no se cuenta con un personal de salud que instrumenta en las salas de operaciones por lo que este trabajo es llevado a cabo por los internos y es una oportunidad para poder estar más involucrado en las operaciones realizadas. Si bien no es algo planteado como un logro en el silabo del internado, es algo de suma importancia durante esta rotación, sobre todo para los interesados en seguir esta rama para realizar la especialidad. Incluso es posible que algunos doctores permitan y guíen a los internos para poder realizar el cierre de cavidad. En lo que respecta a hospitalización los internos evalúan a los pacientes, realizan las evoluciones correspondientes por día, algo importante de incluir en esta parte es que en esta rotación al haberse realizado antes de la pandemia producida por el virus SARS-COV-2 lo que son los pases de visita con los médicos asistentes y residentes de cirugía eran muy didácticos con explicaciones sobre el caso, preguntas tanto hacia los internos como a los residentes según nivel de dificultad además de retroalimentación diaria de los diferentes diagnósticos que se observan en los pacientes hospitalizados.

En cuanto al manejo en la emergencia de este servicio en el HNSEB los internos son quienes se encargan de suturas de 1er plano y de básicamente el llenado de las historias de ingreso a emergencia, así como el resto de papeleo a realizar si un paciente va a ingresar a sala de operaciones. Antes de la pandemia muchos pacientes eran hospitalizados para posteriormente programarse para SOP. Dentro de cirugía en la rotación por traumatología algo básico y de todos los días era la colocación de yesos y férulas en pacientes con diferentes fracturas; los residentes de esta especialidad inducían mucho a los internos a poder realizar estos procedimientos. Los médicos asistentes se encargaban de poder enseñar a los internos a diferenciar fracturas de esquinces y a su vez el tratamiento indicado para cada uno; junto a los médicos residentes se podían realizar suturas un poco más complejas que en cirugía general como lo que es la sutura de tendones en pacientes con mano o pie traumático. En relación con cirugía pediátrica también se realizaban casi los mismos procedimientos que en cirugía general entrando a sala de operaciones junto con los médicos asistentes y residentes realizando la función de instrumentista.

Siguiendo con la rotación de ginecología en el HNSEB realizado luego de empezada la pandemia debido al COVID-19 en donde los internos realizan las evaluaciones diarias a las pacientes en el área de hospitalización, evaluando adecuadamente a las pacientes que acaban de dar a luz sea por parto vaginal o cesárea para poder saber cómo evoluciona la paciente y si se encuentra con criterios de alta médica. En cuanto a los pacientes ubicados en alto riesgo obstétrico (ARO) en donde se encuentran las pacientes obstétricas con edad gestacional menor de 37 semanas, pacientes con diagnósticos como ruptura prematura de membranas (RPM) que se encuentran en tratamiento antibiótico, también encontramos pacientes con diagnósticos ginecológicos que se van a programar para SOP como lo que es la miomatosis uterina. Otra área es UCIM en donde se encuentran las pacientes postoperadas a la esperar de la alta médica cumpliendo más de 48 horas sin complicaciones (en caso de las cesáreas). Debido a la coyuntura de la pandemia se creó un área exclusiva para gestantes y puérperas con prueba rápida para COVID-19 positivo en donde en un inicio los internos no entraban a evaluar a esas pacientes, pero al bajar los casos de COVID-19 esta área se cerró y simplemente lo que se hacía era poner en uno de los cuartos más alejados a las pacientes que en la prueba rápida salían como IgM o IgM/IgG. Si las pacientes se encontraban solo con IgG se pasa a colocarlas con las demás pacientes y todas estas pacientes sí eran evaluadas por los internos de medicina rotando por esta especialidad. En cuanto al área de emergencia en donde los internos del HNSEB hacían guardias diurnas de 12 horas las pacientes ingresaban tengan o no tengan prueba rápida para el COVID-19, algunas si tenían la prueba tomada en sus centros de salud donde luego eran referidas al hospital; pero la gran mayoría no. Por lo que solo se decidía tomarle la prueba rápida a las pacientes que se programaban para cesárea o las pacientes que se hospitalizaban. Cabe recalcar que hubo al menos un periodo de más de una semana en donde se acabaron las pruebas rápidas en el hospital por lo que simplemente se atendían a todas las pacientes sin saber si eran portadoras o no del nuevo coronavirus, claro que se tenía todos los cuidados pertinentes con todas y cada una de estas pacientes a fin de exponer lo menos posible a los internos a estas pacientes. Si se tenía por seguro que una paciente era portadora de este virus y se programaba para entrar a SOP,

el interno quedaba prohibido de ingresar a sala con esta paciente a fin de evitar un posible contagio.

Pasamos a la rotación de medicina interna, donde como sabemos antes de la pandemia se encontraban a muchos pacientes postrados, hospitalizados de larga data con diferentes diagnósticos. Se veían pacientes muy complejos con muchas enfermedades tratados por diferentes especialidades. Luego de la pandemia esto cambió, se trataba en lo posible que los pacientes permanezcan el menor tiempo posible hospitalizados ya que es en donde se encuentran más expuestos al SARS-COV-2 se trataba de solucionar y dar tratamiento al diagnóstico principal que presentaban estos pacientes y se dejaban diagnósticos secundarios para resolverse a través de tele consulta. Los internos se encargan de examinar a cada paciente minuciosamente de forma que la historia clínica de pueda presentar adecuadamente durante la visita y poder llegar a un diagnóstico y tratamiento de manera rápida y acertada. Asu vez, los internos tenían a su cargo lo que son las curaciones realizadas mayormente a pacientes que al encontrarse postrados por muchos días presentan úlceras por presión (UPP), también se realizan en pacientes con diagnóstico de pie diabética con clasificación de Wagner I o II ya que para pacientes con Wagner III o IV las curaciones son realizadas por el endocrinólogo a cargo ese día. En el HNSEB los internos rotaban tanto por medicina interna (dividido en mujeres y varones) como por neumología en donde los internos se encargan de las evoluciones de los pacientes con neumonía y también pacientes con TBC MDR o XDR, no se realizaba algo más allá de eso. En el silabo de la USMP se mencionan diferentes enfermedades encontradas en el servicio de neumología, pero debido a la pandemia solo los casos más graves son hospitalizados. Algo a rescatar durante esta rotación es el hecho de que, a pesar de la pandemia y el riesgo a estar en un ambiente cerrado, se realizaban actividades como son exposiciones llevadas a cabo por los residentes sobre temas de interés con información actualizada. En cuanto a los pases de visita con los médicos asistentes y residentes se trataba en lo posible de hacerlo lo más resumido posible y de quedar algo que discutir sobre el paciente esto se realizada en el área de trabajo que se encuentra separado de las camas de los pacientes en

donde también se realizaban las actividades diarias (exposiciones) durante esta rotación.

En el área de emergencia de medicina interna los internos se encargan del llenado de las historias clínicas de los pacientes ingresados, así como del registro de sus funciones vitales para poder presentarle el caso a los residentes y decidir posteriormente que plan va a seguir cada paciente. Así como en las anteriores rotaciones los internos se encargan de la mayoría de los papeleos a realizar en los pacientes como exámenes de laboratorio, exámenes de imágenes, recetas, etc.

Por último, la rotación de Pediatría y Neonatología en el HNSEB durante la pandemia se pudo observar la disminución de pacientes tanto hospitalizados como los que ingresan por emergencia a comparación de las rotaciones en este servicio realizadas antes de llegada del coronavirus al hospital. En cuanto a pediatría en el HNSEB es un servicio que tuvo que moverse de área dentro del hospital ya que se optó por utilizar esa área para pacientes COVID-19. Se dividió el servicio de ginecología para poder hospitalizar en un lado a las pacientes ginecológicas y por otro lado se encuentran los pacientes pediátricos. Esta área se encuentra separada por una puerta de madera colocada a partir del inicio de la pandemia. El trabajo de los internos en esta rotación era básicamente las evoluciones diarias, llenado de exámenes de laboratorio y recetas. En el pase de visita algunos doctores son más didácticos que otros y algunos simplemente desean saber si la evolución del paciente es favorable para poder darle de alta. En las emergencias los internos se encargan de las historias clínicas y el examen físico y los residentes los apoyan con los diagnósticos presuntivos y el tratamiento a aplicar en cada paciente. A diferencia del servicio de Neonatología en donde el trabajo del interno era mayor, se dividen en áreas de alojamiento conjunto, intermedios I e intermedios II donde los internos se encargan de las evoluciones de los neonatos, examinándolos de manera adecuada para que el asistente al revisar las historias decida si el paciente se encuentra apto para darle de alta aun no. En intermedios I los internos se encargan de las evoluciones a los pacientes que acaban de nacer y pasan ahí para su periodo de adaptación por lo que son reevaluados a las 6 horas; a su vez se realizan las notas de

ingreso de cada paciente que acaba de nacer y también el interno de esta área tiene bajo su cargo examinar a los neonatos que ingresan por emergencias debido a diferentes síntomas que puedan presentar al ser dados de alta. En intermedios II se encuentran los neonatos prematuros y los que se quedan hospitalizados por alguna otra enfermedad. En muchas ocasiones el hospital no puede resolver la enfermedad o necesita realizar algún examen con el que el establecimiento no cuenta por lo que se realizan referencias a centros de mayor complejidad lo cual puede dar un par de días. En cuanto al manejo en emergencia, los internos de medicina en el HNSEB se encargan de recibir a los neonatos que nacen tanto de parto vaginal como de cesárea y realizar la atención primaria inmediata, así como el llenado de las historias clínicas consignando todo lo realizado en la atención al recién nacido. Los internos además suben a SOP para recibir a los recién nacidos de partos distócicos por cesáreas ya mencionado anteriormente en donde el interno realiza la misma atención inmediata del recién nacido en la misma sala de operaciones junto al residente y médico asistente de turno.

A continuación, se describirán los casos clínicos correspondientes por cada rotación realizada en ambos establecimientos de salud.

1.1 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

1.1.1 Fractura de fémur

Paciente varón de 74 años ingresa por emergencia del HNSEB el 12/02/2020 con un tiempo de enfermedad de 4 días caracterizado por dolor y dificultad a la deambulación. Familiar refiere que paciente sufre caída de 4 peldaños de la escalera de su hogar para lo cual paciente se automedica con AINES y al persistir el dolor y la dificultad para la deambulación acuden al nosocomio por emergencia. Paciente con único antecedente de colecistectomía abierta hace 43 años.

Funciones vitales:

T° 37°C; P.A: 120/70; FC: 80 x min; FR: 20 x min; Peso: 90kg

Paciente en AREG, AREN, ABEH, al examen físico:

- Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2”
- TyP: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares
- Cv: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles
- Abd: Blando, depresible. RHA (+), no doloroso a la palpación
- MMII: Equimosis a nivel de muslo derecho y dolor a nivel esa zona con dificultad a la movilización
- SNC: Despierto, Glasgow (15/15)

Diagnóstico presuntivo: Fractura de fémur derecha

Plan:

- Hospitalización por el servicio de traumatología para cirugía
- Metamizol 1gr EV c/8h
- Tramadol 50mg SC PRN a dolor
- Enoxaparina 40mg SC c/24h

Se piden exámenes de laboratorio rutinarios para poder realizar la operación, así como interconsultas a cardiología y neumología para riesgo quirúrgico.

- Hemograma: Leucocitos: 10, Hemoglobina: 13 gr/dl, Plaquetas: 250.000
Tiempo de protrombina: 15 seg. Tiempo de sangría: 2 min
- Examen de orina: Color claro Leucocitos: 1-3 por campo

Se pide radiografía de MMII derecho donde se evidencia:

- Fractura transversa de fémur derecho

Paciente se programa para sala de operaciones el 17/02/2020 donde se realiza artroplastia total en el fémur derecho. Paciente tolera acto quirúrgico y pasa a sala de recuperación siendo dado de alto en su día postoperatorio N°.7 (6).

1.1.2 Apendicitis aguda

Paciente varón de 53 años ingresa por emergencia de medicina interna del HNSEB el 08/01/2020 con tiempo de enfermedad de 3 días caracterizado por dolor abdominal. Paciente refiere que hace 3 días presenta dolor en epigastrio de moderada intensidad para lo cual se automedicaomeprazol, dos días antes de su ingreso el dolor se localiza en fosa iliaca derecha y se añade sensación

de alza térmica, además refiere 3 deposiciones líquidas sin sangre. No refiere vómitos. Debido al aumento del dolor toma Paracetamol y al no calmarle el dolor viene por emergencia. Paciente sin antecedentes de importancia.

Funciones vitales:

T° 37°C; P.A: 130/70; FC: 80 x min; FR: 18 x min

Paciente en AREG, AREN, ABEH, al examen físico:

- Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2”
- TyP: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares
- Cv: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles
- Abd: Blando, depresible. RHA (+), doloroso a la palpación en FID, McBurney (+), Rovsing (+), Blumberg (+)
- SNC: Despierto, Glasgow (15/15)

Se plantea como diagnósticos presuntivos:

- Síndrome doloroso abdominal: d/c Apendicitis aguda

Plan:

- NPO
- Hidratación con CNa 0.9% 100cc 60 gotas x min
- Omeprazol 40mg EV STAT
- Reevaluación con resultados de laboratorio
- Evaluación por cirugía general

Paciente es evaluado por Cirugía general donde lo diagnostican como una Apendicitis aguda complicada y programan al paciente para entrar a sala de operaciones. Además de solicitar riesgo quirúrgico se le cambia de tratamiento por:

- NPO
- CNa 0.9% 1000cc >40 gotas
- Ceftriaxona 2gr EV c/24h
- Metronidazol 500mg EV c/24h
- Omeprazol 40mg EV c/24h
- Ketoprofeno 100mg EV c/08h

Exámenes de laboratorio:

Hemograma: Leucocitos: 19.6 Hemoglobina: 14.6 gr/dl Plaquetas: 155.000

INR: 1.14 seg Tiempo de protrombina: 16.2

Examen de orina: Leucocitos: 2-3 x campo

Paciente entra a SOP el 08/01/2020 luego de 6 horas de su ingreso al hospital. Se realiza una apendicectomía + colocación de 2 Dren Penrose. En el reporte operatorio se observa: En hallazgos encontramos un apéndice cecal de 8cmx1.5cm necrosada en toda su extensión, en posición retrocecal. La base se encuentra indemne; además se encuentra líquido inflamatorio de 100cc aprox. en cuadrante inferior derecho. Paciente tolera acto quirúrgico y pasa a sala de recuperación (URPA). Paciente se encuentra estable durante los días posteriores a la operación, pero al día N°4 postoperado realiza alza térmica de 38.2°C la cual calma aplicándole Metamizol 1gr EV.

Paciente tolera vía oral, realiza deposiciones y orina de manera normal. No vuelve a presentar cuadro febril. Se evidencia 80 cc de líquido en sus bolsas colectoras de color serohemático (7).

En su día postoperatorio N°7 el paciente se encuentra afebril con funciones vitales estables, tiene buena tolerancia oral, no refiere molestias solo leve dolor a nivel de la herida operatoria (la cual se encuentra bien afrontada y sin signos de flogosis) y se cuantifica 25cc de líquido serohemático de sus bolsas colectoras. Por lo que finalmente es dado de alta (7)

1.1.3 Apendicitis complicada

Paciente varón de 37 años ingresa por emergencia del HNHU el 14/12/2020 con tiempo de enfermedad de 2 días caracterizado por dolor abdominal (de moderada intensidad) localizado en fosa iliaca derecha que se irradia hacia todo el abdomen. Niega alza térmica, vómitos y náuseas. Al ingreso llega en posición antálgica porque siente reducción del dolor.

Funciones vitales:

Tº 37.2ºC; P.A: 115/80; FC: 88 x min; FR: 19 x min

- Paciente en AREG, AREN, AREH, al examen físico:
- Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 segundos
- TyP: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares
- Cv: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
- Abd: Blando, depresible. RHA (+), dolor a la palpación superficial 6/10 en fosa iliaca derecha, McBurney (+), Blumberg (+)
- SNC: Glasgow (15/15)

Diagnóstico presuntivo: Síndrome doloroso abdominal: D/c Apendicitis aguda

Plan: Reevaluación con resultados de laboratorio y ecografía.

- Cirugía de emergencia

Paciente se niega a la operación por lo que se procede a explicar al paciente el procedimiento que se realizara, pero se suspende la operación. Pasan 24 horas más y el paciente presenta fiebre y un incremento de dolor ahora 9/10. Por lo que recibe tratamiento médico para calmar el dolor. Se conversa con la familia una vez más y el paciente accede a firmar el consentimiento informado. Posterior a ello se opera al paciente de apendicitis.

- NPO
- Hidratación con CNa 0.9%
- Ceftriaxona 2gr EV c/24h
- Metronidazol 500mg EV c/24h
- Omeprazol 40mg EV c/24h

- Desketoprofeno 100mg EV c/8h

Exámenes de laboratorio:

- Hemograma: Leucocitosis, anemia

Paciente entra a SOP el 15/12/2020. Se realiza apendicectomía + colocación de Dren Penrose. Paciente se encuentra estable durante los días posteriores a la operación, estando de alta a los 5 días aproximadamente (8).

1.1.4 Cáncer de colon

Paciente de mujer de 23 años que había ingresado por emergencia del HNHU el 08/12/2020 con tiempo de enfermedad de 1 semana con sensación de alza térmica de 1 día, dolor abdominal difuso de intensidad 4/10, baja de peso no cuantificada. Niega vómitos y niega nauseas. Fecha de última regla: 23/11/2020. No refiere antecedentes de importancia.

Funciones vitales:

Tº 36.8°C; P.A: 110/70; FC: 75 x min; FR: 16 x min

- Paciente en AREG, AREN, AREH, al examen físico:
- Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 segundos
- TyP: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares
- Cv: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
- Abd: Blando, depresible. RHA (+), dolor a la palpación profunda de intensidad 5/10 en flanco derecho, McBurney (+), Blumberg (+),
- SNC: Glasgow (15/15)

Diagnóstico presuntivo:

- Síndrome doloroso abdominal:
- D/c Apendicitis aguda
- D/c Enfermedad pélvica inflamatoria
- D/c Cáncer

Plan:

- Hospitalización
- Reevaluación con resultados de laboratorio y ecografía

Paciente se encuentra estable y no vuelve a hacer picos de fiebre o disminuir de peso. Los resultados de laboratorio y ecografía salen con rangos normales. Por lo tanto, se decide realizar una laparotomía exploratoria y de paso realizar una biopsia para descartar alguna causa maligna de patología. Posteriormente se realiza una colonoscopia donde se evidencia un ligero cambio no muy significativo. Se solicitó un avance del resultado de la biopsia el cual sale moderadamente orientativo a cáncer de colon. Se hizo una junta médica y opta por operar a la paciente con una colostomía derecha. Paciente entra a SOP el 13/12/2020. Paciente se encuentra estable físicamente, pero inestable emocionalmente. Afortunadamente luego de explicar a la paciente algunas indicaciones y como debería afrontar la situación que atravesó recupera su estado de ánimo basal. El resultado final de la biopsia fue positivo para adenocarcinoma. Durante los días posteriores a la operación, estando de alta a los 3 días aproximadamente (9,10).

1.2 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA

1.2.1 Miomatosis uterina

Paciente mujer de 49 años que ingresa por emergencias del HNSEB con un tiempo de enfermedad de 3 días caracterizado por dolor pélvico asociado a sangrado. Paciente con alergia a amoxicilina, no presenta antecedentes de importancia

Funciones vitales:

T° 37°C; P.A: 110/70; FC: 87 x min; FR: 18 x min

Paciente en AREG, AREN, ABEH, al examen físico:

- Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2''
- TyP: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares
- Cv: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles

- Abd: Blando, depresible. RHA (+), no doloroso a la palpación, se palpa tumoración de +/- 15cm
- SNC: Despierto, Glasgow (15/15)
- TV: Se observa sangrado a nivel de cervix el cual se encuentra abombado, no dolor a la movilización de cuello cervical, OCI y OCE cerrados. Útero en posición central, aumentado de tamaño de superficie irregular

Se plantea como diagnósticos presuntivos: D/c Miomatosis uterina

Plan:

- Antifibrinolíticos
- Paciente se hospitaliza

Exámenes de laboratorio:

- Hemograma: Leucocitos: 6.4 Hemoglobina: 11.8 gr/dl Plaquetas: 374.000
- Examen de orina: Leucocitos: 2-3 x campo
- COVID-19: Prueba rápida no reactiva

Ecografía transvaginal:

- Útero en posición anterior, de 93mm de diámetro, heterogéneo, endometrio de 7.5mm.
- Se observan tumoraciones de 26x30mm, 34x35mm, 14x21mm y 66x58mm a nivel intramural y cervical.
- Conclusión: Miomatosis uterina múltiples (intramural, cervical)
- Se solicita TEM pelvis sin contraste

TEM de abdomen sin contraste:

- Útero en anteversión con nodulaciones mal delimitadas a predominio de pared anterior donde se evidencia nodulación de 42mm, y nodulaciones con extensión subserosa dependiente de fondo y pared lateral derecha de 39x35mm e izquierda de 43x33mm, además de pared de fondo y pared posterior de 41mm.

- Conclusión: Miomatosis uterina, con nódulos murales a predominio de pared anterior y nódulos de extensión subserosa en fondo y pared lateral bilateral y de pared posterior

Paciente se programa para sala de operaciones para cirugía: Histerectomía abdominal total + SOB. Paciente ingresa a SOP al 3er día de hospitalización; en los hallazgos se encuentra: Útero de +/- 18cm, múltiples tumoraciones adheridas a útero (tipo subseroso), trompas de Falopio y anexos normales. Paciente tolera acto quirúrgico y pasa a sala de recuperaciones.

Paciente presenta evolución favorable y funciones vitales estables los días siguientes a su operación, paciente se encuentra afebril, tolera vía oral, realiza deposiciones, no refiere molestias más que el dolor a nivel de la herida operatoria (la cual se encuentra bien afrontada y sin signos de flogosis) por lo que la paciente es dada de alta al 3er día postoperatorio (11).

1.2.2 Eclampsia

Paciente mujer de 28 años referida de C.S Laura Rodríguez por presentar cefalea desde 1 día anterior por lo que acuda de C.S donde se refería a un centro de mayor complejidad por antecedente de preeclampsia. Ingresa por emergencia del HNSEB el día 20/11/2020 con tiempo de enfermedad de 1h. Es traída por familiar refiriendo que presentó episodio convulsivo en una ocasión; al llegar a emergencia se repite otro episodio. Familiar refiere también que paciente presentó primero cefalea intensa ocurriendo después el episodio convulsivo. Paciente con antecedente de preeclampsia en gestación anterior (2016) por lo que se realizó cesárea.

Funciones vitales:

Tº 36°C; P.A:160/110; FC: 78 x min; FR: 18 x min

Paciente en AREG, AREN, ABEH, al examen físico:

- Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2''
- TyP: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares
- Cv: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles

- Abd: Blando, depresible. RHA (+), no doloroso a la palpación
- SNC: Despierto, Glasgow (15/15)

Se plantea como diagnósticos presuntivos:

- G3 de 34 2/7 ss x ECO IT
- HIE: Eclampsia
- ARO: Cesárea anterior 2 veces, no controles prenatales

Plan:

- Se programa para cesárea de emergencia
- CINA 0.9% 1000cc pasar a 500cc x hora
- CINA 0.9% 50cc + Sulfato de magnesio 5 amp se pasa 40cc en 20min luego 10cc x 1 hora
- Betametasona 12mg EV STAT
- Nifedipino 10mg PRN PA >160/110 mmHg
- Monitoreo de PA constante
- Cefazolina 2gr pre SOP
- Exámenes de laboratorio

Exámenes de laboratorio:

Hemograma: Leucocitos: 13.7 Hemoglobina: 7.3 gr/dl Plaquetas: 271.000

INR: 1.02 seg Tiempo de protrombina: 14.6

Glucosa: 173 mg/dl

Examen de orina: Leucocitos: 2-3 x campo

COVID-19: Prueba rápida IgG

Paciente ingresa a sala de operaciones el 20/11/2020 4 horas después de su ingreso por emergencia. Se realiza la operación CSTI, se encuentra infiltrado inflamatorio en cara posterior de 20cc, hígado indemne y no se observa líquido en cavidad. Paciente tolera acto quirúrgico y pasa a URPA. (12)

Paciente con evolución favorable en sus días postoperatorios, no presenta fiebre solo leve dolor a nivel de herida operatoria. Se normalizan sus presiones

arteriales (PA: 130/75); por lo que paciente es dada de alta al 4to día postoperatorio.

1.2.3 Embarazo: Parto eutócico

Paciente mujer gestante de 24 años llegar a emergencia del HNHU el 10/02/2021 por presentar primigesta de 38 semanas, contracciones y descenso de líquido hace algunas horas (tiempo no determinado). Se examina a la paciente y a feto se encuentra estables. La paciente no recuerda la fecha exacta de su última regla. No refiere algún antecedente o factor de riesgo.

Funciones vitales:

Tº 36.8°C / P.A: 125/90 / FC: 94 x min / FR: 18 x min / LCF:140 / AU: 34 cm

Paciente AREG, AREN, AREH, Feto: longitudinal cefálico izquierdo

Al examen físico:

- Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2' segundos
- TyP: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares
- Cv: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
- Abd: Blando, depresible. RHA (+), no doloroso a la palpación
- SNC: Glasgow (15/15)
- Tacto vaginal: Cervix dilatado 3 cm, borramiento 40%, altura de presentación -1, consistencia del cuello media, posición del cuello media.

Diagnóstico presuntivo: Gestante primigesta de 39 semanas

Plan:

- Realizar ecografía para confirmar la fecha de última regla aproximada
- Llevar a la paciente a sala de partos
- Dar cobertura antibiótica

Se realiza la ecografía encontrándose una edad gestacional de 39 semanas. La paciente pasa a sala de partos donde se induce trabajo de parto y posteriormente da a luz luego de unas horas. Al día siguiente se encuentra

hospitalizada en un área de púerperas evolucionando favorablemente. La paciente es dada de alta junto a su bebé el 13/02/2021 con tratamiento de sulfato ferroso y paracetamol (13).

1.2.4 Cáncer de mama

Paciente mujer de 52 años ingresó por consultorio de ginecología del HNHU el 04/01/21 por tumoración en seno izquierdo y dolor tipo punzada de intensidad 5/10. La paciente tiene como antecedente cáncer de mamá por parte de su abuela, pero no de su madre. Es hospitalizada para la realización de una mastectomía. Por lo que se le solicita exámenes prequirúrgicos (hemograma). En piso se evalúa a la paciente:

Funciones vitales:

Tº 36.6°C; P.A: 100/70; FC: 64 x min; FR: 17 x min

Paciente AREG, AREN, AREH

Al examen físico:

- Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 segundos.
- Mamas: Se palpa masa de 5x4cm en seno izquierdo a las 7 en punto
- TyP: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares
- Cv: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
- Abd: Blando, depresible. RHA (+), no doloroso a la palpación
- SNC: Glasgow (15/15)

Exámenes auxiliares:

Hemograma: normal

Se le realiza una mastectomía parcial a la paciente. Posteriormente se le coloca un dren por 2 días. La paciente durante este tiempo se encuentra estable. La paciente es dada de alta el 07/02/2021 con indicaciones, tratamiento médico y cita para telemedicina (14).

1.3 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

1.3.1 Tuberculosis

Paciente mujer de 13 años ingresa por emergencia del HNSEB el 02/02/2021 con un tiempo de enfermedad de 15 días caracterizado por dolor de pecho, disnea, tos, agitación. fiebre vespertina que no calmaba con antipiréticos ni analgésicos; además que el cuadro fue empeorando por lo que ingresa al servicio de medicina interna. Antecedentes: Tuberculosis en tratamiento irregular con primera fase.

Funciones vitales:

Tº 37.8°C; P.A: 120/80; FC: 90 x min; FR: 25 x min; SatO2: 86%

Paciente en AREG, AREN, ABEH, al examen físico:

- Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2”
- TyP: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, con auscultación de ligero crépitos y roncales difusos en HT derecho
- Cv: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles
- Abd: Blando, depresible. RHA (+), no doloroso a la palpación
- SNC: Despierto, Glasgow (15/15)

Se plantea como diagnósticos presuntivos:

- Tuberculosis pulmonar
- d/c Neumonía

Plan:

- Paciente se hospitaliza para continuar tratamiento y probable cambio de fármacos
- Ss Rx de tórax
- Se solicita BK en esputo
- Ss hemocultivo, hemograma, examen de orina

Exámenes de laboratorio:

- Hemograma: Leucocitos: 9.5 Hemoglobina: 10.7 gr/dl Plaquetas: 413.000
- Glucosa: 83 mg/dl
- Examen de orina: Leucocitos: 1-3 x campo
- COVID-19: Prueba rápida no reactiva

Paciente presenta evolución estacionaria durante los primeros días de hospitalización.

En su día hospitalario N°25 paciente continúa haciendo picos febriles de 38°C, paciente refiere encontrarse agitada, refiere episodios de tos con expectoración de coloración blanquecina a predominio vespertino, además refiere náuseas y vómitos en dos oportunidades; refiere no tolerar decúbito dorsal. Enfermería reporta saturación de 86% por lo que se coloca máscara de reservorio a 8 litros subiendo la SaO2 a 92% con FiO2 80%. Al examen físico la paciente presenta disminución del murmullo vesicular en ambos campos pulmonares a predominio del lado derecho, soplo espiratorio.

Se encuentra en su día 25 de tratamiento antituberculoso, con los siguientes diagnósticos:

- Tuberculosis pulmonar
- Neumonía tuberculosa
- Sobreinfección bacteriana pulmonar: d/c covid-19
- Efusión pleural derecha

Por lo que se decide realizar una junta médica para decidir el manejo de la paciente, además de i/c a infectología para apoyo de tratamiento. Además, se plantea la posibilidad de referencia al hospital del niño.

Se le inicia tratamiento de ceftazidima y ciprofloxacino; luego de administración de salbutamol paciente presentó taquicardia, molestias gastrointestinales, náuseas y vómitos.

Se toma AGA donde se encuentra: pO2 45, pCO2 35, pH: 3.45

Evaluación por neumología donde se observa:

Funciones vitales:

SatO₂ 91%; FiO₂ 80%; T° 38.5°C; FC: 129 x min; FR: 32 x min

TyP: Móvil, amplexación adecuada, tirajes intercostales

Diagnósticos:

- IRA Tipo I:
 - ARDS severo:
 - d/c NIH
 - d/c Neumonía atípica por COVID-19
 - TBC pulmonar

Plan:

- ss Dímero D, DHL, fibrinógeno, p. hepático, hemograma, G.U.C, ferritina, p. coagulación, Rx Tórax

Tratamiento:

- Enoxaparina 40mg SC c/24h
- Dexametasona 6mg c/24h x7días
- Meropenem 1g EV c/8horas
- Vancomicina 1gr EV c/12horas

Día N°26 de hospitalización: Paciente refiere tener sensación de ahogo a pesar de apoyo oxigenatorio, refiere disnea a medianos esfuerzos, refiere cansancio al hablar, niega náuseas y vómitos.

Funciones vitales:

T° 37.8°C; FC: 126 x min; FR: 30 x min; SatO₂: 79%; FiO₂ de 80%

TyP: Murmullo vesicular pasa disminuido por ambos campos pulmonares a predominio de lado derecho, crepitantes, soplo espiratorio.

CV: Ruidos cardiacos rítmicos de baja intensidad, no soplos

Paciente con apoyo ventilatorio con máscara de reservorio a 15Lts, taquipnea, presenta disnea súbita asociado a dolor precordial.

Se realiza tele consulta a cardiología donde sugieren un ECOFAST para descartar derrame pericárdico

Rx tórax: Se evidencia neumotórax a tensión de lado derecho por lo que se solicita i/c a cirugía de tórax y cardiovascular para colocación de tubo de drenaje torácico

Cirugía de tórax y cardiovascular:

Se evalúa a paciente con diagnósticos: Neumotórax derecho + TBC pulmonar + Derrame pleural derecho

Se coloca TDT pleural derecho c/ sonda rectal N°2 fr conectándose a sistema de drenaje torácico cerrado con sello de agua (base 300cc)

Plan: - Oxigenoterapia

- Analgésicos, ATB
- Tramadol 50mg SC c/8h
- Paracetamol 1gr VO c/8h
- Dimenhidrinato 50mg PRN nauseas o vómitos

Día hospitalario N°27: Paciente no presenta mejorías a pesar de colocación de tubo de drenaje (del cual se observa contenido hemático de aprox. 400cc) Paciente continua disneica, taquipnea, refiriendo dolor de pecho que aumenta, dificultad para respirar. Enfermería reporta que paciente continua con picos febriles de 38°C que no bajan con metamizol 1gr EV. Evoluciona con las siguientes funciones vitales:

T°38.7°C; FC: 180xmin; FR: 30xmin; PA: 90/60; SatO2 82%; FiO2 80%

Paciente finalmente fallece en la madrugada de paro cardiorrespiratorio (15).

1.3.2 Mucormicosis / COVID-19

Paciente mujer de 62 años ingresa por emergencia del HNSEB el 23/01/2021 con tiempo de enfermedad de 2 semanas caracterizado por inflamación y dolor peri orbitaria de ojo derecho que paciente refiere que a

pesar de colocación de compresas y AINES la inflamación no reduce. Como antecedentes: Diabetes mellitus mal controlada.

Funciones vitales:

T° 37°C; P.A: 120/80; FC: 75 x min; FR: 18 x min; SatO2: 95%

Paciente en AREG, AREN, ABEH, al examen físico:

- Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2”
- TyP: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- Cv: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles
- Abd: Blando, depresible. RHA (+), no doloroso a la palpación
- SNC: Despierto, Glasgow (15/15)
- Ojos: Equimosis peri orbitaria derecha, inflamación de párpados

Se plantea como diagnósticos presuntivos:

- Diabetes mellitus mal controlada
- Celulitis orbitaria derecha
- d/c retinopatía diabética

Plan:

- Hospitalización
- i/c endocrinología
- i/c oftalmología

Paciente luego de ser hospitalizada presenta fiebre, dolor de cabeza, se presenta letárgica, confusa.

La inflamación peri orbitaria se torna más marcada, la piel alrededor del ojo derecho presenta lesiones con costras y secreción purulenta. Al ser evaluada por oftalmología se toma un cultivo de la herida.

En el cultivo se encuentra mucormicosis. Paciente comienza a presentar deterioro neurológico más marcado, disminución de la agudeza visual.

Oftalmología decide extirpar el globo ocular antes de que la infección se siga expandiendo.

Paciente en tratamiento con anfotericina B, metformina e insulina NPH

Paciente en evolución estacionaria la cual comienza a presentar dificultad respiratoria, paciente no tolera decúbito dorsal, presenta tos y se encuentra febril.

Al encontrar a más de una paciente con estos síntomas en el pabellón de medicina interna sección mujeres; se decide tomar la prueba rápida para SARSCOV2 encontrándose a 2 pacientes con resultado positivo, una de ellas la paciente del caso expuesto. Debido a eso se trasladan a estas pacientes a la zona de hospitalización para pacientes COVID. Paciente fallece al día siguiente de ser hospitalizada en área COVID (16).

1.3.3 Síndrome extrapiramidal

Paciente varón de 35 años que tiene como antecedente haber ingresado al HNHU el 25/01/21 por disnea, malestar general, fiebre (hasta 40°C) y saturación de 80% ventilando espontáneamente. Además, se evidencia en su primera tomografía de pulmón un compromiso de aproximadamente 40% y en su 2da tomografía un compromiso de hasta 80%. Es por ello por lo que el paciente se le realiza prueba de COVID saliendo positivo y por tanto es pasado a UCI COVID donde es intubado y se le coloca ventilación mecánica por aproximadamente 18 días. Luego de haber sido retirado la intubación y la ventilación mecánica el paciente empieza a presentar cuadro de disquinesias en miembros superiores e inferiores. Se solicitó interconsulta a Neurología y Psiquiatría respondiendo ambos que la secuela neurológica del paciente era debida a la medicación que recibió. Unos días más tarde pasa a servicio de cuidados intermedios COVID, luego de tener su prueba negativa y no presentar clínica respiratoria el paciente se hospitaliza en pabellón de medicina el día 02/03/21.

Funciones vitales:

Tº 36.7°C; P.A: 115/75; FC: 87 x min; FR: 19 x min; SatO2: 96%

Paciente en AREG, AREN, AREH, al examen físico:

- Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 segundos
- TyP: Murmullo vesicular pasa disminuido en ambos campos pulmonares, con auscultación de ligero sub-crépitos
- Cv: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
- Abd: Blando, depresible. RHA (+), no doloroso a la palpación
- SNC: Glasgow (15/15)

Se plantea como diagnósticos presuntivos:

- Síndrome extrapiramidal:
 - o Neuropatía del paciente crítico VS secuela por medicamentos

Plan:

- Resonancia magnética cerebral
- Interconsulta a medicina física y rehabilitación para terapia

Se evidencia que no hay alteraciones en la resonancia magnética. Además, se evidencia mejoría clínica con la rehabilitación recibida. Por lo que el paciente al solo requerir terapia de rehabilitación y no presentar alteraciones neurológicas se va de alta el día 06/03/21(17,18).

1.3.4 Lupus eritematoso sistémico

Paciente mujer de 32 años que tiene como antecedente haber ingresado por emergencia el 19/02/21 por cuadro de trastorno del sensorio, vómitos, edema, dificultad respiratoria. Es llevada a UCI donde se encuentra un compromiso multisistémico y progresivamente se va recuperando. La paciente nunca tuvo COVID positivo. Fue diagnosticada en esa ocasión de lupus y recibió tratamiento de metildopa y ciclofosfamida. La paciente en esa ocasión fue dada de alta el día 01/03/21. La paciente ingresa el día 03/03/21 para su segunda dosis de ciclofosfamida. Sin embargo, durante la previa hospitalización no se tienen registros de biopsia renal o hepática por lo que se decide continuar tratamiento de ciclofosfamida y realizar biopsias para corroborar diagnóstico y ver efectividad del tratamiento. Luego se encontró la

historia antigua donde se menciona que durante esa hospitalización la paciente no se encontraba en condiciones de realizarse una biopsia.

Funciones vitales:

Tº 36.5°C; P.A: 125/85; FC: 70 x min; FR: 17 x min; SatO2: 98%

Paciente en AREG, AREN, AREH, al examen físico:

- Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 segundos.
- TyP: Murmullo vesicular pasa en ACP.
- Cv: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
- Abd: Blando, depresible. RHA (+), no doloroso a la palpación
- SNC: Glasgow (15/15)

Se plantea como diagnósticos presuntivos:

- Lupus Eritematoso Sistémico VS Overlap de patología hepática

Plan:

- Biopsia hepática y renal
- Administrar ciclofosfamida
- Evaluar dosis de corticoides

Se le explicó a la paciente que al recibir la medicación por ciclofosfamida ya no podría gestar por lo que ella entendiendo ello acepta continuar recibiendo la medicación. El resultado de biopsia renal era para un grado IV por lo que el uso de ciclofosfamida fue lo más adecuado. Por otro lado, el resultado de biopsia hepática salió sin alteraciones. La paciente se va de alta con corticoides a dosis bajas y con cita para su 3era dosis de ciclofosfamida en un mes. Así mismo se le explica a la paciente que el tratamiento de ciclofosfamida es 1 vez al mes por 6 meses y posterior a ello pueden ir cambiado algunas indicaciones (19,20).

1.4 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

1.4.1 Prematuro

Paciente varón recién nacido el 09/04/2021 de parto distócico por cesárea en sala de operaciones con presentación cefálica, líquido amniótico claro, APGAR 8,9 con 34 semanas por Capurro, Peso: 2000gr, p. cefálico: 31.5, talla: 44. Con antecedente de madre G3 34 2/7ss x ECO IT con Preeclampsia-Eclampsia, ARO: Cesárea anterior 2 veces, no controles prenatales.

Recién nacido a pasa a UCI para manejo correspondiente

Funciones vitales:

T° 37°C; FR: 68x/min; FC: 144x/min

Examen físico: Paciente en AREG, en incubadora, con O2 en cabezal

- Piel: Fina y tibia, llenado capilar <2" sonrosado
- TyP: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares. SA (2)
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos
- Abd: Globuloso, blando, no visceromegalia. RHA disminuidos
- SNC: Reactividad moderada

Diagnósticos:

- RN PT 34 ss femenino AEG, recién nacido afectado por cesárea
- RN bajo peso
- SDR: d/c EMH vs TTRN
- NPI: No CPN
- d/c Hipoglicemia

Plan:

- Ss Hemograma, glucosa, hemoglucotest, PCR, hemocultivo, Rx tórax
- Oxígeno Fase II

Evolución 10/04/2021: Paciente en NPO, en AREG, ABEH, sonrosado con llenado capilar <2", SDR leve SA 3 MV pasa bien por ACP. No se auscultan soplos, abdomen no distendido, RHA (+), paciente alerta con buen tono muscular. Succión (+), prehensión (+). Riesgo de HIV.

Funciones vitales:

T° 37.6°C FC: 142xmin FR: 64xmin SatO2 100%

Rx tórax: Signos de atrapamiento aéreo. Conclusión: TTRN y actualmente con O2 suplementario

Laboratorio:

- Leucocitos: 9.7
- Hemoglobina: 16.7 gr/dl
- Plaquetas: 197,000
- Glucosa: 42
- PCR: 0.23

Evolución 13/04/2021: Paciente afebril en incubadora con oxígeno a flujo libre, ictericia III, MV pasa bien por ACP, no se auscultan soplos, RHA (+), fontanela anterior normotensa con reactividad moderada. Se agrega como diagnóstico ictericia del prematuro para lo cual se inicia fototerapia profiláctica. Se solicita ecografía cerebral para d/c de HIV

Plan: Probar retiro de O2

Ecografía cerebral: Simetría de hemisferios cerebrales, estructuras se mantienen en línea media. Sutil incremento de la ecogenicidad periventricular bilateral, ventrículo lateral izquierdo engrosado con incremento de la ecogenicidad, plexos coroideos conservados. Cerebelo y tronco encefálico normal.

Conclusión: Signos ecográficos a considerar leucomalacia periventricular bilateral grado I, a considerar hemorragia ventricular grado I.

Evolución 15/04/21: Paciente actualmente afebril en su 5to día de vida, con buena tolerancia oral, no se reportan interurrencias. Se observa ictericia leve Kramer II, MV pasa bien por ACP, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad no soplos, abdomen blando, depresible RHA (+). Paciente reactivo a estímulos.

Funciones vitales:

T° 37°C FC: 120xmin FR: 56xmin SatO2 98%

Paciente con evolución favorable pasa a intermedios II (prematuros) (21).

1.4.2 Membrana hialina / Sepsis

Paciente varón recién nacido el 06/04/2021 de parto eutócico en presentación cefálica, líquido amniótico claro, APGAR 8,9 con 32 semanas por Capurro, Peso: 1240gr, p. cefálico: 27, talla: 38. Con antecedente de madre G2 28 4/7ss x ECO IT con RPM > 15 horas, ARO: Controles prenatales incompletos, síndrome febril.

Se decide pasar a RN a UCI para manejo correspondiente

Funciones vitales:

T° 37°C; FR: 66xmin; FC: 130xmin

Examen físico: Paciente en AREG, en incubadora, con CPAP Fase I

- Piel: Fina y tibia, llenado capilar <2"
- TyP: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos
- Abd: Globuloso, blando, no visceromegalia
- SNC: Reflejos conservados

Diagnósticos:

- RN PT 32 ss masculino AEG, parto eutócico
- RN bajo peso
- Prematuridad
- Riesgo retinopatía del prematuro
- Riesgo Hemorragia intraventricular
- d/c hipoglicemia
- Sepsis neonatal
- SDR: EMH

Plan:

- Ss Hemograma, glucosa, hemoglucotest, PCR, hemocultivo, Rx tórax
- Oxígeno Fase II
- ATB 1era línea post hemocultivo
- Cateterismo umbilical
- Surfactante pulmonar exógeno*

*no se cuenta con surfactante en el hospital por lo que farmacia realiza el informe respectivo para poder adquirirlo

AGA:

- PH: 7.30
- pCO₂: 21.8
- pO₂: 143.8
- Hcto: 49
- K: 3.3
- Lactato: 2.6
- Na: 140
- Cl: 115
- Ca: 0.76
- Glu: 80
- SatO₂ 99%

Laboratorio:

- Leucocitos: 5
- Hemoglobina: 22.50 gr/dl
- Plaquetas: 150,000
- PCR: 0.29

Diagnóstico: Acidosis metabólica + Hipocalcemia + Lactato aumentado

Rx Tórax: Compatible con Enfermedad de Membrana Hialina

Se conversa con jefe de guardia sobre oficio a farmacia para compra de surfactante

Evolución 08/04/2021: Paciente presenta buena tolerancia oral, en AREG, con SDR leve, SA 3, murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no se ausculta soplos cardiacos, paciente hipoactivo, tono muscular adecuado, succión (-), prehensión (-), moro (-). Presenta evolución estacionaria

Funciones vitales:

Tº 36.8°C FC: 146xmin FR: 76xmin SatO2 91%

Evolución 09/04/2021: Paciente cursa afebril, por momentos desatura llegando hasta 75% por lo que se requirió VPP y se recibe cafeína, enfermería reporta que presentó vómito lácteo y episodio de apnea, presenta ictericia II, MV pasa bien por ACP, no soplos audibles, paciente hipoactivo. Paciente aun no recibe surfactante (farmacia informa no tener presupuesto para poder adquirirlo); se continúa tratamiento para sepsis.

Paciente ingresa a ventilación mecánica previa intubación con TET N°2.5 fijado en 7cm a nivel del labio inferior.

RN se acopla a V. mecánica: SatO2 95% FC: 150xmin FR: 46xmin

Evolución 13/04/21: Paciente presenta pico febril de 38°C, se evidencia leve palidez, buen llenado capilar. Retracción xifoidea, desbalance toracoabdominal SA (2), presenta patrón ventilatorio irregular, ruidos cardiacos rítmicos no soplos audibles.

Funciones vitales:

Tº 38°C FC: 128xmin FR: 46xmin SatO2 97% FiO2 35% con CPAP

Laboratorio:

- Leucocitos: 13.3
- Hemoglobina: 15.9 gr/dl
- Plaquetas: 13,000
- PCR: 13.92

20:00hr: Paciente continúa desaturando (SatO2 92%), presenta actividad disminuida, palidez leve; murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad no soplos. Con los siguientes diagnósticos:

- RN PT masculino MBPN de evolución tórpida
- Sepsis (se inició cobertura de 3era línea) PRC: 13.9
- d/c NEC vs Íleo séptico
- Apnea

- d/c Neumonía aspirativa
- d/c Hemorragia interventricular (no se cuenta con ecógrafo portátil)
- EMH (para lo cual continúa sin recibir surfactante debido a que no se cuenta con este en el establecimiento)
- Trombocitopenia (13,000)

23:20hr: RN presenta desaturación y bradicardia, mejora levemente con VPP, se observa palidez y frialdad distal, presenta respiración con patrón irregular, ruidos cardiacos rítmicos disminuidos, ruidos hidroaéreos disminuidos, paciente con hipoactividad. Paciente en condición crítica hace shock séptico.

FC: 100xmin FR: 40xmin

Se indica bolo de NaCl 0.9% 15cc STAT, Dopamina 10 ugr/Kg/min.

Evolución 14/04/2021 (01:30h): RN en VM comienza a desaturar hasta 50% y presenta asistolia, se procede a VPP + masaje cardiaco. Se indica adrenalina 0.5cc EV STAT. Presenta FC 50-60xmin, se repite bolo de adrenalina. RN satO2 50-60% y FC 80-100xmin.

02:40h: Presenta nuevo episodio de asistolia, se repite bolo de adrenalina y se continua con VPP + masaje cardiaco. No se obtiene respuesta favorable.

02:48h: Se constata fallecimiento (21, 22).

1.4.3 Síndrome coqueluchoide

Paciente varón de 9 meses con tiempo de enfermedad de 1 días es traído por sus padres al HNHU el día 01/01/2020 por cuadro de tos convulsiva que cuando termina se presenta en el paciente rubicundez facial. Tiene como antecedente haber recibido todas sus vacunas.

Funciones vitales:

Tº 38°C; FC: 110 x min; FR: 28 x min; SatO2: 95%

Paciente en AREG, AREN, AREH, al examen físico:

- Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 segundos, no cianosis, rubicundez facial cuando hay presencia de tos.

- TyP: Murmullo vesicular pasa en ACP. Escasos sibilantes.
- Cv: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
- Abd: Blando, depresible. RHA (+), no doloroso a la palpación
- SNC: Despierto.

Se plantea como diagnósticos presuntivos:

- Sd Coqueluchoide

Plan:

- Cultivo
- Antipirético
- Antibiótico
- Nebulización si es necesario

En el cultivo se halló que el germen responsable fue el Virus Sincitial Respiratorio y por lo que al tratarse de una enfermedad viral se les explica a los padres que no requiere el uso de antibióticos. Además de empezar a presentar el cuadro de tos convulsiva y es probable que este en el periodo de estado convulsivo por lo que aun persistiría la clínica un tiempo. Siendo el paciente dado de alta el día 03/01/2021. Además de recibir indicaciones de signos de alarma a los padres (23).

1.4.4 Herpangina

Paciente varón de 6 años que ingresó a emergencia del HNHU el 02/01/21 por cuadro de fiebre y dificultad para comer de 2 días de evolución.

Funciones vitales:

T° 38.2°C; FC: 98 x min; FR: 21 x min; SatO2: 97%

Paciente en AREG, AREN, AREH, al examen físico:

- Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 segundos.
- Boca: Se observa vesículas dolorosas en paladar.
- TyP: Murmullo vesicular pasa en ACP.
- Cv: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
- Abd: Blando, depresible. RHA (+), no doloroso a la palpación
- SNC: Despierto.

Se plantea como diagnóstico: Herpangina

Por lo que se da de tratamiento paracetamol. Se le explica al padre el uso del paracetamol, además del tipo de dieta que debe recibir su hijo para poder alimentarse con mayor facilidad el cual consiste en comida de consistencia blanda o líquida. También se le informa los signos de alarma (24).

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

En el HNHU de categoría III-1, se encuentra ubicado en el agustino en la avenida César Vallejo N° 1390, en el distrito de El Agustino. Atiende a todo grupo etario por ser este un establecimiento de salud de máximo nivel de resolución.

Por otro lado, tenemos al Hospital Sergio E. Bernales (HNSEB) categorizado como III-1 y que tiene como objetivos brindar y garantizar una atención de salud integral y especializada en forma oportuna y segura logrando la satisfacción del usuario. El hospital queda ubicado en la av. Tupac Amaru 5321, Comas. Si bien es un establecimiento de alta complejidad donde se resuelven la gran mayoría de enfermedades, también cuenta con hospitales de referencia como el HNHU, Hospital nacional arzobispo Loayza (HNAL), Hospital del niño de Breña. Esto debido a que el HNSEB no cuenta con algunos exámenes necesarios para diagnóstico y tratamiento (eco cardiógrafo, CPRE, etc.). A pesar de no contar con tomógrafo propio en el establecimiento se encuentra una empresa externa que realiza estos exámenes de imágenes que es la Centro médico Dr. Luis Quito; la cual acepta tanto a pacientes con SIS como pacientes sin SIS que deseen realizar el pago correspondiente.

Los internos desarrollaron las funciones de: Llenar historias clínicas, hacer evoluciones médicas, desplazamiento de pacientes, recojo de medicamentos, instrumentar en sala de operaciones, explicar al paciente y/o familiares las indicaciones del alta médica, procedimientos de baja complejidad, tramitar los papeles de los pacientes para distintas áreas como laboratorio o imágenes

como radiografía o ecografía. Además de realizar pocas exposiciones entre los mismos internos y supervisadas por los residentes de turno. Continuando con la parte trabajo del internado; este se vio afectado por las limitaciones presentadas en el decreto supremo (3,4). Si bien algunas de estas normas no se respetaron su totalidad, como lo es el horario de trabajo o la entrega de equipo de protección de manera diaria, se pudo lograr cumplir con al menos el último punto mencionado casi en su totalidad. Antes el horario de trabajo implicaba trabajar horas extra en el hospital pues nunca existió un horario fijo para los internos de medicina humana que fuera respetado, además no se contaba con el domingo como un día de descanso. Por otro lado, se realizaban más prácticas, siendo esto más agotador física y mentalmente.

Ahora con la pandemia la duración de cada rotación fue reducida a su tercera parte ya que al dividir a los internos en dos grupos al mes solo se rotaba por el hospital 15 días; así mismo, se redujo la cantidad de pacientes en cada área debido al riesgo de contagio.

En el HNSEB se restaba la salida a la 1pm diariamente (esto claro luego de terminar todos los pendientes que se le asigna a cada interno). No se realizaban guardias nocturnas obligatorias (si algún interno deseaba asistir podía conversar con su residente a cargo para poder realizarlas). A su vez, no se asistía domingos. Se cumplía además con la entrega de EPP, pero esto solo constaba de 1 o 2 mandilones, 1 mascarilla N95, 5 mascarillas quirúrgicas, 5 gorros descartables por rotación mensual.

En cada servicio pudimos apreciar cómo se trataba de enfocar de una manera más rápida el diagnóstico de cada paciente para poder realizar el tratamiento adecuado de manera oportuna y que este paciente pueda irse lo más pronto posible de alta ya que de lo que se trataba en todo momento era evitar la exposición continua de estos pacientes en los hospitales al nuevo COVID-19. En la emergencia de igual forma se evaluaba a cada paciente minuciosamente para poder elegir al paciente que realmente necesitaba ser hospitalizado y que paciente puede manejarse de manera ambulatoria mediante la teleconsulta.

Los internos de medicina siempre han tenido a su cargo la evaluación diaria de cada paciente sea en hospitalización o en emergencia y a pesar de la coyuntura de la pandemia esto no se dejó de realizar. Si bien se contaba con los EPP requeridos, esto no implicaba que no se tenga contacto ni riesgo de contagio por los pacientes COVID-19 como en realidad se especificaba en el decreto supremo el hecho de que debí rotar solo por áreas no COVID (3,4).

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

El internado médico es un año vital para poder ganar la experiencia de cómo es realmente diagnosticar y tratar a los pacientes en los establecimientos de salud, pero de manera muy exigente física y mentalmente. La realización del internado consiste en rotar por las cuatro especialidades básicas: pediatría, ginecología-obstetricia, medicina y cirugía. Estas cuatro especialidades son la base para poder diagnosticar y dar tratamiento de las enfermedades que poseen estos pacientes. La experiencia recibida por estas cuatro rotaciones resultará de gran ayuda en la siguiente etapa de esta carrera profesional, que es el SERUMS, donde los doctores son los jefes de cada centro de atención de primer nivel en las diferentes provincias del Perú ya que ahí se tendrán que recibir a los pacientes, diagnosticarlos y a su vez darles el tratamiento respectivo de así necesitarlo.

Las estrategias que desarrolla cada hospital están siempre basadas en sus guías y estas a su vez se basan en guías internacionales como por ejemplo las de la Organización Mundial de la Salud (OMS), revistas o fuentes confiables de medicina basada en evidencia (Uptodate, libros de especialidad o subespecialidades actualizados). Con lo anteriormente mencionado es como se centra el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

Lo mayormente usado en el día a día en los hospitales son las escalas, por ejemplo, en la rotación de neonatología es necesario realizar el APGAR (Anexo 1) a los recién nacidos, y luego se utiliza el Capurro (Anexo 2) para poder evidenciar su edad gestacional real y compararla con la edad gestacional que presentaba la madre. Las cuales fueron usadas en los casos clínicos descritos anteriormente como manejo inicial. En las diferentes áreas de neonatología de presentarse un paciente con dificultad respiratoria lo

primero que a utilizar es el Test de Silverman Anderson (Anexo 3) el cual revela en qué nivel de dificultad respiratoria se encuentra y a su vez saber cómo tratarla. El cual vimos que fue usado en el caso I.4.1 de un paciente recién nacido prematuro, el cual es posteriormente ubicado en la sala de UCI para su posterior manejo donde se le brinda oxígeno. Asu vez al comenzar a presentar ictericia se utilizar la evaluación de Kramer encontrándosele en Kramer II. Se utiliza como método diagnóstico la ecografía donde corrobora la presencia de Leucomalacia periventricular bilateral grado I y a considerar una hemorragia ventricular grado I el cual sabemos es muy frecuente en pacientes prematuros como es el caso presentado. El paciente responde correctamente por lo que pasa luego a la unidad de Intermedios II donde se ubican los prematuros estables (21).

En cuanto al caso clínico I.4.2 donde se tuvo a un paciente recién nacido de igual forma prematuro con dificultad respiratoria, con Silverman Anderson de 2 puntos lo cual nos habla de una dificultad respiratoria leve. En este paciente al haber nacido de 32 semanas lo primero a solicitar según la guía clínica del hospital es la colocación de surfactante pulmonar para ayudar a la maduración pulmonar de este recién nacido. Presentándose dificultad en esta aplicación ya que el hospital en esos momentos no contaba con surfactante pulmonar por lo que no se le pudo dar como tratamiento al neonato. Al estar el paciente recibiendo oxígeno por cánula binasal se produce una infección evidenciándose una sepsis neonatal en su 7mo día hospitalario. Además, al empeorar su dificultad respiratoria es que se agrega oxigenoterapia a la cual responde en un primer instante, pero al empeorar el cuadro y no conseguir el surfactante el neonato fallece. (21, 22)

En el servicio de gineco-obstetricia algo muy usado en las emergencias en donde llegan pacientes en trabajo de parto es el Score de Bishop (Anexo 4) que se utiliza para valorar cómo se encuentra el cuello uterino y poder saber si necesitaría maduración cervical o inducción del trabajo de parto para ayudar a la madre. Otras pruebas usadas en los establecimientos es el test del helechito en pacientes con ruptura prematura de membranas, más que nada para confirmarlo y poder empezar con el tratamiento antibiótico. También en

pacientes con sospecha de vaginosis bacteriana se realiza el test de aminas en el cual al ver las células guía o clave nos confirma el diagnóstico.

Como vimos en el caso clínico 1.2.1 donde tenemos a una paciente con diagnóstico de miomatosis uterina, la cual presentó un tiempo de enfermedad de 3 días que se caracterizó por dolor pélvico asociado a sangrado. Al realizar el tacto vaginal se observa sangrado a nivel de cérvix el cual se encuentra abombado, no presenta dolor a la movilización del cuello cervical, OCI y OCE cerrados, útero en posición central, aumentado de tamaño de superficie irregular lo cual nos puede llevar a pensar en una miomatosis del tipo subserosa como también podríamos pensar en una miomatosis intramural. Según la guía esta paciente debe ser hospitalizada para su posterior intervención quirúrgica ya que presenta síntomas que no le permiten continuar con su día a día. (11)

Algo fundamental para poder establecer mejor su diagnóstico es la ecografía donde en esta paciente se evidencia: Tumores de 26x30mm, 34x35mm, 14x21mm y 66x58mm a nivel intramural y cervical; útero heterogéneo y endometrio de 7.5mm. Dando como conclusión: Miomatosis uterina múltiples por lo que se le solicita una TEM de abdomen sin contraste.

TEM: Útero en anteversión con nodulaciones mal delimitadas a predominio de pared anterior donde se evidencia nodulación de 42mm y nodulaciones con extensión subserosa dependiente de fondo y pared lateral derecha de 39x35mm e izquierda de 43x33mm.

La paciente es programada para sala de operaciones donde se realiza: Histerectomía abdominal total + SOB debido a la cantidad y tamaños que presentaban los miomas en su útero.

En medicina interna algo básico es la escala de Glasgow (Anexo 5) en pacientes con deterioro cognitivo que llegan a la emergencia para poder saber cómo proceder a manejarlo. A pacientes que ingresan a emergencia por dolor de pecho, opresivo irradiado a brazo izquierdo es indispensable realizarle un EKG para descartar que no se trate de un infarto agudo de miocardio.

Durante esta rotación ya durante la pandemia por el nuevo coronavirus vimos el caso I.3.2 sobre mucormicosis (16). Tenemos a una paciente que ingresa con un tiempo de enfermedad de 2 semanas caracterizado por inflamación y dolor peri orbitario en el ojo derecho el cual persiste pese al uso de analgésicos. Como antecedentes la paciente tiene como diagnóstico diabetes mellitus mal controlada. Se plantea su hospitalización, así como interconsultas a endocrinología y oftalmología. Se le diagnostica como una celulitis orbitaria derecha y a descartar una retinopatía diabética.

A los días de ser hospitalizada el dolor peri orbitario se torna más marcado y las lesiones alrededor del ojo derecho presentan costras y secreción purulenta; al ser evaluada por oftalmología se decide la toma de un cultivo de la herida. Al tener el resultado se diagnostica como una mucormicosis la cual es una complicación rara pero grave de la diabetes mellitus. Al presentarse deterioro neurológico y disminución de la agudeza visual oftalmología decide intervenir quirúrgicamente para la extracción del globo ocular derecho. (16)

Paciente comienza a presentar síntomas respiratorios caracterizados por tos, dificultad respiratoria que le impide mantenerse en decúbito dorsal, por lo que debido a la coyuntura se decide realizar la prueba antigénica contra COVID-19 encontrándose IgM (+) por lo que al seguir el protocolo establecido en el Hospital Sergio E. Bernales se decide el traslado a la paciente al área encargada de pacientes positivos para COVID-19. Empeora el cuadro respiratorio por lo que finalmente la paciente fallece a causa del COVID-19. (16)

Como vimos en la rotación de cirugía en el caso clínico I.1.2 presentado sobre apendicitis aguda, vamos el caso típico donde se presenta la cronología de Murphy; es decir, tenemos un paciente que comienza a presentar dolor abdominal el cual inicia en epigastrio asociado a náuseas y vómitos que luego se irradia a fosa iliaca derecha. En este paciente vemos además que presenta hiporexia el cuál es uno de los síntomas cardinales en esta enfermedad, la ausencia de este nos podría descartar incluso su diagnóstico. (7)

Lo primero a realizar en estos pacientes según la guía clínica del hospital es la hidratación profusa, también se procede a la toma de exámenes de

laboratorio que nos pueda confirmar la presencia de una infección al ver la cantidad de leucocitos en sangre y el porcentaje de bastonados que si es mayor de 4% nos habla de una desviación izquierda lo que nos indicaría que el paciente presenta una infección bacteriana. Luego de tener los resultados de laboratorio es que es evaluado por el servicio de cirugía donde se le diagnostica como una apendicitis aguda complicada ya que al examen físico también presentó el signo de Blumberg (+) lo cual nos habla de una probable apendicitis por posible ruptura del apéndice. (8) Es así que se decide la intervención quirúrgica en este paciente para poder extirpar el apéndice causante de esta afección.

En pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis a la espera de ser operados para realizar una colecistectomía, lo primero es realizar una CPRE para retirar el cálculo del colédoco y luego recién proceder a la colecistectomía. En este caso por ejemplo en el HNSEB no se contaba con ese examen por lo que estos pacientes tenían dos opciones: Realizarlo fuera del hospital de manera particular y regresar para su operación lo cual en realidad casi nadie podía pagarlo y la otra opción es realizar una referencia a un centro de mayor complejidad para realizar el CPRE y que luego se pueda operar al paciente. Esto último era lo que se realiza mayormente en el hospital pero al haber la pandemia por SARS-COV-2 muchos hospitales pedían mínimo una prueba molecular negativa del paciente lo cual podía tardar hasta 5 días en realizarse, tiempo en el que el paciente continuaba a la espera y exponiéndose más en los hospitales e incluso a pesar de contar con la prueba molecular negativa, los hospitales demoraban muchos días en responder las referencias o simplemente no contaban con cupos disponibles dejando en la incertidumbre al paciente. Antes de la pandemia en el HNSEB se realizaban endoscopías de manera habitual en los consultorios externos, pero al cerrar estos debido al covid-19; también se dejó de realizar estos procedimientos por la alta exposición que existía entre el personal de salud y el paciente realizándose solo en casos realmente necesarios.

Es importante mencionar que para que se realice de manera adecuada la medicina se debe actuar con conocimientos, medicina basada en evidencia y la experiencia. Por tanto, para actuar bien en la medicina no solo es aplicar

guías europeas, se aplica las mejores decisiones que se encuentran disponibles en nuestra realidad. De existir dudas éticas o de moral se procede a una junta médica para poder una decisión más asertiva.

Los conocimientos médicos aprendidos durante el internado son varios y depende del residente o doctor que se encuentre en el servicio respectivo, pero lo esencial para la atención de los pacientes suele ser siempre lo mismo en cada rotación, así como las enfermedades más frecuentes para las hospitalizaciones. Lo más importante que se ha podido desarrollar durante el internado es como abordar al paciente porque cada uno es diferente y único.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Al comienzo iniciar las rotaciones sin pandemia fue algo habitual comparado con lo mencionado por los antiguos internos. Es decir, ir todos los días al hospital, tener exposiciones, disponer de poco tiempo para poder estudiar, guardias nocturnas y realizar los pendientes como interno e inclusive algunas funciones “extras” (trabajo de otro personal que no ejecuta su función). Entre muchas de las tareas que realizan los internos de medicina se encuentra lo anterior mencionado, pero a su vez el internado realizado antes de la coyuntura actual era más completo, a los internos se permitía realizar más procedimientos (había más procedimientos realizables a comparación de la actualidad donde en muchos hospitales dejaron de hacer algunos debido a la exposición que existe para el personal de salud). Y en realidad es algo difícil de poder explicar ya que esta promoción de internos de medicina solo tuvo un internado ‘normal’ de 2 meses y medio donde recién aprendíamos el manejo en el hospital y las diferentes funciones que caían sobre nosotros.

Algo de suma importancia eran los conocidos como ‘pases de visita’ en donde se podía aprender tanto de los médicos asistentes como de los residentes ya que se podía explayar sobre cada paciente y revisar minuciosamente sus diagnósticos, exámenes de laboratorio, etc. Se podían realizar preguntas a cada interno presente en el pase de visita y los doctores dejaban sus enseñanzas para poder aprender aún más sobre esta carrera que es la medicina humana. Este pase de visita duraba lo que tenía que durar dependiendo de cada médico asistente e incluso habiendo internos que se encontraban post guardia, estábamos ahí listos para aprender algo nuevo o fortalecer lo ya aprendido. Todo esto cambió luego del retorno a los hospitales ya que los pases de visita se realizaban mucho

más rápido y solo se podía expresar de manera concisa de cada paciente (todo esto para no exponer al personal de salud a los pacientes y al ambiente en donde podría encontrarse el nuevo sars-cov-2). Además, los médicos de mayor experiencia debido a la cantidad de años prestados al servicio se encontraban de descanso médico para no exponerlos al coronavirus ya que muchos por su edad y comorbilidades podrían presentar cuadros severos. Por lo que en los hospitales solo se encontraban mayormente a los residentes y a los médicos asistentes más jóvenes.

Luego al retornar a los hospitales durante la pandemia las cosas fueron diferentes. La recibida de los internos fue con buena actitud y agradecimiento, hubo ocasiones en las que el horario no fue respetado, los pendientes que hubo fueron reducidos en parte; se eliminaron parte de las guardias (en el HNHU) y se redujeron las exposiciones.

Las dificultades que se observaron durante el internado en pandemia fueron: respetar el horario, la vacunación de internos y atender (directa o indirectamente) pacientes portadores del nuevo COVID-19.

En el HNHU las únicas rotaciones donde hubo dificultad fueron en Ginecología-obstetricia y Medicina. Durante la rotación de ginecología-obstetricia se realizó una votación donde si la mayoría votaba realizar guardias nocturnas se accedería a ello, lamentablemente no se respetó la opinión individual y evidentemente tampoco se respetó las normas dadas en el decreto supremo (3,4). Por otro lado, en la rotación de medicina interna no se respetaba el horario de salida a la 1 de la tarde. Esta decisión fue tomada debido a que se eliminaron las guardias nocturnas de medicina por el aumento de casos de pacientes COVID.

Algo a recalcar sobre uno de los cambios realizados entre prepandemia y durante esta en el HNSEB es lo que respecta con la rotación de cirugía. Los internos que pudieron rotar por este servicio prepandemia saben que en las salas de operaciones los internos de medicina trabajaban codo a codo con los doctores, esto permitiendo aprender aun más sobre las diferentes enfermedades y operaciones realizadas. Al haber pacientes

hospitalizados a esperar de programación para entrar a SOP permitía a los internos poder aprender más y ver diferentes diagnósticos. Lo cual ya no se observa en la actualidad debido a que no se suele hospitalizar pacientes para luego operarlos, solo se operan a los pacientes que ingresan por emergencia que de verdad lo necesiten y estos quedan hospitalizados los días posteriores a su operación solo para observación y al tener una evolución favorable se les da de alta; todo esto implica que solo el interno que se encuentre de guardia en emergencia pueda entrar a SOP y al mes solo se tienen dos guardias en emergencia por lo que esto no permite que los internos interesados en seguir esta especialidad puedan aprender tanto de ella como si se podía antes del sars-cov-2.

Se ha podido percibir mejor la realidad con el internado. Comprender mejor la manera de cómo piensa la población en general, sobre todo de bajo nivel socio económico. La responsabilidad de velar por la salud de cada paciente, no solo los asignados por números de camas. El desarrollo de prácticas se redujo por la menor cantidad de pacientes hospitalizados, pero fue compensado con la menor cantidad de internos que hubo en los hospitales. La mayoría de las necesidades básicas que se atienden como internos es procedimientos de baja complejidad (curaciones, suturas y algunas recolecciones de muestras). El prestigio alcanzado se ha podido evidenciar más desde los ojos de algunos pacientes luego de su recuperación. La experiencia obtenida durante este año de prácticas nos ha hecho reflexionar que a veces es diferente aplicar la teoría, pues no siempre se va a evidenciar de manera fácil el diagnóstico o el progreso adecuado del tratamiento. En algunos casos se requiere paciencia y pensar en otras posibilidades.

CONCLUSIONES

Para poder aplicar lo aprendido durante los años previos de carrera se tiene que realizar el internado. Este año es complicado por la exigencia física y mental que conlleva, además del poco tiempo que se posee para repasar los temas más importantes. Sin embargo, es gracias al internado que uno se orienta en como son las destrezas y capacidades que tiene cada uno realmente en la aplicación de los conocimientos. Uno aprende durante este largo año a realizar mejores historias, mejorar diagnósticos, ejecutar algunos procedimientos de baja complejidad e inclusive entender y diferenciar tratamientos específicos de algunas enfermedades

RECOMENDACIONES

Entre muchas de las recomendaciones en el internado médico una importante es la realización de talleres previo al internado por parte de ASPEFAM sería una forma más adecuada de capacitar a los internos, tanto en bioseguridad para poder afrontar la pandemia del nuevo coronavirus, así como para preparar a los nuevos internos para afrontar el día a día en su hospital o centro de salud. Otro punto importante es el incluir rotaciones por centros de salud de primer nivel para poder aprender el manejo en esa área ya que esto resultará beneficioso para la siguiente etapa que es el SERUMS.

Asu vez, hay que asegurar que todos los internos de medicina reciban la vacuna contra el COVID-19 de forma que se pueda asegurar su bienestar durante su rotación en los diferentes centros de salud.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Misión - Visión [Internet]. Hospital Nacional Hipólito Unanue. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/mision-vision/>
2. Visión y Misión – Hospital Nacional Sergio E. Bernales [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://portal.hnseb.gob.pe/vision-y-mision/>
3. Informa G. El internado en ciencias de la salud como modalidad formativa laboral y el Decreto de Urgencia No. 090-2020 [Internet]. Enfoque Derecho | El Portal de Actualidad Jurídica de THĒMIS. 2020 [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.enfoquederecho.com/2020/09/14/el-internado-en-ciencias-de-la-salud-como-modalidad-formativa-laboral-y-el-decreto-de-urgencia-no-090-2020/>
4. DOCUMENTO_TECNICO.pdf [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237052/DOCUMENTO_TECNICO.pdf
5. Nieto-Gutierrez W, Taype-Rondan A, Bastidas F, Casiano-Celestino R, Inga-Berrospi F. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014. Acta Médica Peruana. abril de 2016;33(2):105-10.
6. Palomino L, Ramírez R, Vejarano J, Ticse R. Fractura de cadera en el adulto mayor: la epidemia ignorada en el Perú. Acta Médica Peruana. enero de 2016;33(1):15-20.
7. Apendicitis aguda, su diagnóstico y tratamiento [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000400051

8. Cruz-Díaz LA, Colquehuanca-Hañari C, Machado-Nuñez A. TIEMPO DE ENFERMEDAD Y PREMEDICACIÓN COMO RIESGO PARA APENDICITIS PERFORADA EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA 2017. Revista de la Facultad de Medicina Humana. abril de 2019;19(2):57-61.
9. Machicado Zuñiga E, Giraldo Casas RC, Fernández KFE, Geng Cahuayme AAA, García Dumler D, Fernández Concha Llona I, et al. Localización y clínica asociada al cáncer de colon: Hospital Nacional Arzobispo Loayza: 2009 - 2013. Horizonte Médico (Lima). abril de 2015;15(2):49-55.
10. Luna-Abanto J, Rafael-Horna E, Gil-Olivares F. Cáncer colorrectal en adultos jóvenes: características clínico-epidemiológicas en la población peruana. Revista de Gastroenterología del Perú. abril de 2017;37(2):137-41.
11. art09.pdf [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v81n1/art09.pdf>
12. de Lima C. Guía de Práctica Clínica para la prevención y manejo de Preeclampsia y Eclampsia - Versión extensa -. :255.
13. 852_IMP198.pdf [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
14. Mastectomía preventiva (profiláctica): cirugía para reducir el riesgo de cáncer de mama [Internet]. Middlesex Health. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/articulos/mastectom-a-preventiva-profil-ctica-cirug-a-para-reducir-el-riesgo-de-c-ncer-de-mama>
15. 20190404114640.pdf [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20190404114640.pdf>
- 16.8. Torres-Damas W, Yumpo-Cárdenas D, Mota-Anaya E. Coinfección de mucormicosis rinocerebral y aspergilosis sinusal. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. octubre de 2015;32(4):813-

- 7.
- 17.15. Mariños Sánchez E, Espino Alvarado P, Rodriguez L, Barreto Acevedo E, Mariños Sánchez E, Espino Alvarado P, et al. Manifestaciones neurológicas asociadas a COVID-19 en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. octubre de 2020;83(4):243-56.
- 18.19. Alvarado M. Neuropatía Periférica en la enfermedad de Parkinson. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 2020;83(4):269-77.
19. Table: Protocolos de ciclofosfamida IV para el lupus eritematoso sistémico [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/multimedia/table/v46187890_es
- 20.7. Ciclofosfamida versus metilprednisolona para el lupus [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: /es/CD002265/MUSKEL_ciclofosfamida-versus-metilprednisolona-para-el-lupus
21. 1027_DGSP198.pdf [Internet]. [citado 27 de abril de 2021]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1027_DGSP198.pdf
- 22.6. Alvarado-Gamarra G, Alcalá-Marcos KM, Abarca-Alfaro DM, Bao-Castro V. Características microbiológicas y terapéuticas de la sepsis neonatal confirmada en un hospital de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. enero de 2016;33(1):74-82.
- 23.13. Lavayén S, Zotta C, Cepeda M, Lara C, Rearte A, Regueira M. Infección por Bordetella pertussis y Bordetella parapertussis en casos con sospecha de coqueluche (2011-2015). Mar del Plata, Argentina. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. enero de 2017;34(1):85-92.
- 24.2. Viñambres Alonso T, Viñambres Alonso T. Afectación ungueal en herpangina. *Pediatría Atención Primaria*. 2020; 22:90-1.

ANEXOS

ANEXOS Nº1

APGAR SCORING SYSTEM

	0 Points	1 Point	2 Points	Points totaled
Activity (muscle tone)	Absent	Arms and legs flexed	Active movement	↓
Pulse	Absent	Below 100 bpm	Over 100 bpm	
Grimace (reflex irritability)	Flaccid	Some flexion of Extremities	Active motion (sneeze, cough, pull away)	
Appearance (skin color)	Blue, pale	Body pink, Extremities blue	Completely pink	
Respiration	Absent	Slow, irregular	Vigorous cry	

Severely depressed	0-3
Moderately depressed	4-6
Excellent condition	7-10

Test de CAPURRO (B) Valoración de la edad Gestacional



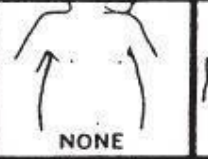
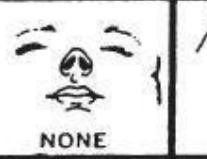





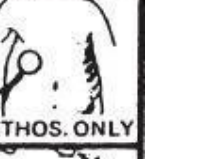





V.E. Alex Santiago

Forma de la oreja	Pabellón de deformación plana no curvado  0	Pabellón parcialmente incurvado en el borde superior  8	Pabellón incurvado en el borde superior  16	Pabellón totalmente incurvado  24	
Tamaño de las glándulas mamarias	No palpable  0	Palpable menor a 5 mm  5	Palpable entre 5 y 10 mm  10	Palpable mayor de 10 mm  15	
Formación del pezón	Apenas visible sin areola  0	Diámetro menor de 7.5mm Areola lisa y chata  5	Diámetro mayor de 7.5 mm Areola punteada Borde no levantado  10	Diámetro mayor de 7.5 mm Areola punteada Borde levantado  15	
Textura de la piel	Muy fina, gelatinosa 0	fina lisa 5	Más gruesa Descamación superficial discreta 10	Gruesa, Grietas superficiales Descamación en manos y pies 15	Gruesa Grietas profundas apergaminadas 20
Pliegues Plantares	Sin pliegues  0	Marcas mal definidas en 1/2 anterior  5	Marcas bien definidas en 1/2 anterior Surcos en 1/3 anterior  10	Surcos en la 1/2 anterior  15	Surcos en mas de la 1/2 anterior  20

Este test se centra en el análisis del desarrollo de cinco parámetros de carácter fisiológico únicamente

Visita: yoaenfermeriablog.com

ANEXO N°3

	UPPER CHEST	LOWER CHEST	XIPHOID RETRACT.	NARES DILAT.	EXPIR. GRUNT
GRADE 0	 <p>SYNCHRONIZED</p>	 <p>NO RETRACT.</p>	 <p>NONE</p>	 <p>NONE</p>	 <p>NONE</p>
GRADE 1	 <p>LAG ON INSP.</p>	 <p>JUST VISIBLE</p>	 <p>JUST VISIBLE</p>	 <p>MINIMAL</p>	 <p>STETHOS. ONLY</p>
GRADE 2	 <p>SEE-SAW</p>	 <p>MARKED</p>	 <p>MARKED</p>	 <p>MARKED</p>	 <p>NAKED EAR</p>

ANEXO N°4

Bishop scoring system:

Score	Dilation (cm)	Position of cervix	Effacement (%)	Station (-3 to +3)	Cervical Consistency
0	Closed	Posterior	0-30	-3	Firm
1	1-2	Mid position	40-50	-2	Medium
2	3-4	Anterior	60-70	-1, 0	Soft
3	5-6	--	80	+1, +2	--

ANEXO N°5

Feature	Response	Score
Best eye response	Open spontaneously	4
	Open to verbal command	3
	Open to pain	2
	No eye opening	1
Best verbal response	Orientated	5
	Confused	4
	Inappropriate words	3
	Incomprehensible sounds	2
	No verbal response	1
Best motor response	Obeys commands	6
	Localising pain	5
	Withdrawal from pain	4
	Flexion to pain	3
	Extension to pain	2
	No motor response	1