



UNAP



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

“PACIENTES ATENDIDOS EN PANDEMIA COVID-19 EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS" HOSPITAL COVID 19, ABRIL A JUNIO 2020 – ROTACIONES: 1) COVID MEDICINA “A”, GINECO-OBSTETRICIA, 2) COVID MEDICINA “B”, 3) EMERGENCIA”

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

CARLOS MARTIN ALCIBIADES NAJAR DEL AGUILA

ASESOR:

M.C. OSWALDO VIDEIRA PAREDES

IQUITOS, PERÚ

2020

ACTA DE SUSTENTACION



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"RAFAEL DONAYRE ROJAS"

"Año de la universalización de la salud"

ACTA DE SUSTENTACION DE TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL N° 006/CGT-FMH-UNAP-2020

En la ciudad de Iquitos, Distrito de Iquitos, Departamento de Loreto, por plataforma virtual, a los 26 días del mes de Agosto de 2020 a horas 14:00 pm, se dio inicio a la sustentación pública del informe final de Trabajo de suficiencia Profesional titulado, "PACIENTES ATENDIDOS EN PANDEMIA COVID-19 EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS" HOSPITAL COVID 19, ABRIL A JUNIO 2020 – ROTACIONES: 1) COVID MEDICINA "A", GINECO-OBSTETRICIA, 2) COVID MEDICINA "B", 3) EMERGENCIA", aprobado con Resolución Decanal De sustentación Nro 262-2020-FMH-UNAP, Presentado por el bachiller Carlos Martín Alcibiades Najar Del Águila, para optar el título profesional de Médico Cirujano.

El Jurado Calificador y dictaminador mediante Resolución Decanal Nro. 241-2020-FMH-UNAP del 20 de Agosto 2020 está integrado por:

- Mg. Sp. Wilma Selva Casanova Rojas (Presidente)
- Dr. Cesar Johnny Ramal Asayag
- M.C. Cesar Enrique Medina Garcia.

Luego de haber escuchado con atención y formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas: Correctamente

El jurado después de las deliberaciones correspondientes, llegó a las siguientes conclusiones:

La sustentación pública del trabajo de suficiencia profesional ha sido APROBADO con la calificación de 13

Estando el bachiller APTO Para obtener el título profesional de Médico Cirujano.

Siendo las 15:30 se dio por terminado el acto académico.

Mg. Sp. Wilma Selva Casanova Rojas

Presidente

Dr. Cesar Johnny Ramal Asayag

Miembro

M.C. Cesar Enrique Medina García

Miembro

M.C. Oswaldo Videira Paredes

Asesor/Revisor

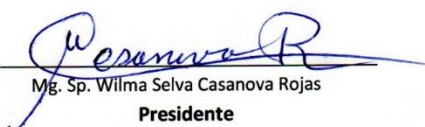
Av. Colonial s/n Puncha – Telefax: (065) 25-1780- Iquitos-Perú
Email: medicina@unapiquitos.edu.pe

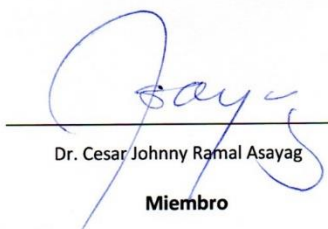


UNAP

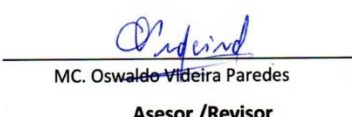
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"RAFAEL DONAYRE ROJAS"

Miembros del Jurado Examinador y asesor/revisor


Mg. Sp. Wilma Selva Casanova Rojas
Presidente


Dr. Cesar Johnny Ramal Asayag
Miembro


M.C. César Enrique Medina García
Miembro


MC. Oswaldo Vieira Paredes
Asesor /Revisor

DEDICATORIA

A mis **Padres, abuelita Anita, tía Patty** a quienes debo todo lo que soy, por su amor, paciencia, ayuda y esfuerzo, permitiéndome llegar a cumplir mis metas.

A mis demás **familiares y amigos** por el apoyo y por la compañía en el trayecto de mi formación profesional

A todos los Médicos que fueron mis maestros en estos años de pregrado y sobre todo a los **Médicos caídos** en la lucha contra esta pandemia COVID 19.

AGRADECIMIENTO

Expresar mi gratitud a los docentes de la Facultad de Medicina Humana “Rafael Donayre Rojas” de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana (FMH - UNAP) Por hacer posible la formación de médicos de calidad en la región Loreto.

Al Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” HRL – COVID 19 por permitirme incorporarme en la primera línea contra la pandemia COVID 19.

Carlos Martin Alcibiades Najar Del Águila.

ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
ACTA DE SUSTENTACION.....	ii
JURADO	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE GENERAL.....	vi
INDICE DE CUADROS.....	viii
INDICE DE FIGURAS.....	ix
RESUMEN ANALÍTICO INFORMATIVO	x
ABSTRACT.....	xi
CAPITULO I.....	1
1.1. SITUACION PROBLEMÁTICA	1
1.2. MARCO TEÓRICO	4
1.3. DESCRIPCIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO “FELIPE ARRIOLA IGLESIAS” COVID 19.....	12
CAPITULO II.....	13
2.1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE EXPERIENCIA.....	13
2.1.1. Actividad profesional desempeñada	14
2.1.2. Propósito del puesto	15
2.1.3. Objetivos.....	15
2.1.4. Retos que significó el cargo desempeñado.....	15
2.2. FUNDAMENTACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO.....	15
2.2.1. Teoría y práctica en el desempeño profesional	15
2.2.2. Aporte y desarrollo de experiencias.....	16
2.3. ROTACIONES, SERVICIOS Y LABOR DESEMPEÑADA.....	16
2.3.1. Covid – Medicina “A”, Gineco-obstetricia.	16
2.3.2. Covid – Medicina “B”.	17
2.3.3. Emergencia.	17
CAPITULO III.....	18
3.1. RESULTADOS LOGRADOS CON EL TRABAJO DESEMPEÑADO	18
3.2. CONCLUSIONES	23
CAPITULO IV	30

4.1. ANEXOS	30
4.1.1. Documentos probatorios	30
4.1.2. Álbumes fotográficos	32
4.1.3. Reportajes Periodísticos	37
4.2. BIBLIOGRAFIA	39

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Atenciones, hospitalizaciones, fallecidos y tasa de letalidad hospitalaria al 20 Junio del 2020 en el Hospital Covid de Loreto.	25
Cuadro 2. Total de casos, total de fallecidos y tasa de letalidad por provincia en Loreto. Marzo-Agosto 2020.....	25
Cuadro 3.Total de casos, total de fallecidos y tasa de letalidad de los distritos de Maynas en la ciudad de Iquitos. Marzo-Agosto 2020.	26
Cuadro 4. Total de fallecidos por distrito y Numero de fallecidos x 10,000 habitantes en la región Loreto. Marzo-Agosto 2020.....	27
Cuadro 5. Número de casos por edad y tasa x 1,000 habitantes en la región Loreto. Marzo-Agosto 2020	28

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Países con más casos de COVID-19 confirmados.	2
Figura 2. Morfología de los coronavirus.....	5
Figura 3. Mecanismo de patogénesis de SARS-CoV2.....	7
Figura 4. Síntomas del coronavirus.....	9
Figura 5. Características clínicas de casos positivos de Covid-19, Perú 2020	10
Fig 6. Pacientes por género atendidos en el servicio de Emergencia	18
Fig 7. Pacientes agrupados por edad atendidos en el servicio de Emergencia	19
Fig 8. Distrito de los pacientes atendidos en el servicio de Emergencia.....	19
Fig 9. Pacientes por genero atendidos en los servicios de hospitalización: Medicina A y Medicina B. De Mayo al 20 de Junio. HRL.	20
Fig 10. Pacientes agrupados por edad atendidos en los servicios de Hospitalización: Medicina A, Medicina B. HRL. De Mayo al 20 de Junio	21
Fig 11. Distrito de los pacientes atendidos en los servicios de hospitalización: Medicina A, Medicina B. HRL. De Mayo al 20 de Junio	22
Fig 12. Condición de egreso de pacientes atendidos en los servicios de Hospitalización: Medicina A, Medicina B. HRL. De Mayo al 20 de Junio.	23
Figura 13. Dinámica COVID-19. HRL.....	24

RESUMEN ANALÍTICO INFORMATIVO

A finales de diciembre del 2019 se informó el brote de una neumonía atípica de diferentes grados de severidad en el continente asiático, específicamente en la ciudad China de Wuhan; siendo identificado el agente causal como el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). El 11 de marzo 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calificó como una pandemia mundial. Para entonces los casos confirmados superaban los 120,000 a nivel mundial y se registraban más de 4,000 fallecidos.

En nuestro país, se reporta el primer caso el 06 de marzo del 2020, posteriormente, el 17 de Marzo se detecta el primer caso en la ciudad de Iquitos; tratándose de un hombre de 52 años, trabajador del sector turismo y que tuvo contacto con un grupo de personas asintomáticas que venían del extranjero.

Decretado el estado de emergencia a nivel nacional, con las medidas sanitarias establecidas, ante el colapso y falta de recursos humanos que ya se había manifestado en el hospital COVID de la region Loreto, con un promedio de 60 ingresos diarios, 250 pacientes hospitalizados y reportandose alrededor de 15 muertes por dia, el 19 de abril del 2020 hicieron un llamado conjuntamente, la DIRESA y los pocos maestros médicos que quedaban en primera línea, a todo personal de salud voluntario, capaz de ayudar en el Hospital regional de Loreto-COVID. En mi condición de bachiller de medicina humana, sintiendome capaz de demostrar mis capacidades aprendidas en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana FMH-UNAP, y en el Hospital Iquitos Cesar Garayar Garcia donde me desarrollé como interno de medicina, acudo al llamado desesperado de las autoridades de salud de la region y en consecuencia motivan la presentacion de este Informe de Trabajo de Suficiencia Profesional.

ABSTRACT

In late December 2019, an outbreak of atypical pneumonia of varying degrees of severity was reported on the Asian continent, specifically in the Chinese city of Wuhan; the causal agent being identified as the new coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). On March 11, 2020, the World Health Organization (WHO) called it a global pandemic. At that time, there were more than 120,000 confirmed cases worldwide and more than 4,000 deaths.

In our country, the first case was reported on March 6, 2020, then on March 17 the first case was detected in the city of Iquitos; it was a 52 year old man, working in the tourism sector, who had contact with a group of symptomatic people coming from abroad.

The state of emergency was declared at the national level, with the established sanitary measures, in view of the collapse and lack of human resources that had already manifested itself in the COVID hospital in the region of Loreto, with an average of 60 daily admissions, 250 hospitalized patients and about 15 deaths reported per day. On April 19, 2020, the DIRESA and the few remaining medical teachers on the front line called together all volunteer health personnel capable of helping in the Loreto regional hospital. As a graduate of human medicine, feeling capable of demonstrating my skills learned in the Faculty of Human Medicine of the National University of the Peruvian Amazon FMH-UNAP, and the Hospital Iquitos Cesar Garayar Garcia where I worked as a medical intern, I go to the desperate call of the health authorities of the region and consequently motivate the presentation of this Report of Work of Professional Sufficiency.

CAPITULO I

1.1. SITUACION PROBLEMÁTICA

El 31 de diciembre del 2019, China notifica a la Organización Mundial de la Salud (OMS) el brote de una neumonía bilateral difusa atípica, de diferentes grados de severidad y altamente contagiosa, vista por primera vez en un mercado mayorista de mariscos en la ciudad de Wuhan, China. El 17 de enero 2020, es identificado el agente causal como el Coronavirus 2 del Síndrome Respiratorio Agudo severo o SARS-CoV-2 (COVID-19).(1)

A finales de Enero del 2020, se notificaban los primeros casos de COVID -19 en todos los continentes, por lo cual el Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional de la OMS declara la situación como emergencia de salud internacional por el brote de la nueva enfermedad producida por el virus del SARS-CoV-2. Para el 13 de febrero se habían notificado más de 45,000 casos a nivel mundial y el número de fallecidos ascendía a más de 1,300. Ante el inminente aumento del número de casos nuevos y de fallecidos por esta nueva enfermedad, añadido al colapso de los sistemas de salud de diferentes países del mundo, y en una situación sin precedentes en la historia moderna de la humanidad, el 11 de marzo la OMS decretó como pandemia a la infección por SARS-CoV-2 y a la enfermedad la denominó COVID-19. Para entonces ya los casos confirmados a nivel mundial superaban los 118,000 en 114 países y el número de fallecidos ascendía a más de 4,200.(2)

En el Perú se reporta el primer caso en Lima, el 06 de marzo del 2020 y el primer fallecimiento se registra el 19 de marzo del 2020; Actualmente el Perú se sitúa en el segundo país de Sudamérica con la mayor cantidad de casos confirmados, reportando hasta el día 22 de agosto un total de 576,067 infectados y 27,245 fallecidos.(3)

Países con más casos de COVID-19 confirmados

Casos





























Ubicación	Total de casos ↓	Casos nuevos (últimos 60 días)	Casos por 1 millón de personas	Recuperados	Muertes
 Todos los países	23,120,830		2,973	14,842,382	802,693
 Estados Unidos	5,658,367		17,170	2,932,026	175,695
 Brasil	3,582,698		16,953	2,709,638	114,277
 India	2,975,701		2,187	2,222,577	55,794
 Rusia	951,897		6,487	767,477	16,310
 Sudáfrica	607,045		10,328	504,127	12,987
 Perú	576,067		17,928	384,908	27,245
 México	556,216		4,394	380,492	60,254
 Colombia	533,103		10,793	359,792	16,968
 Chile	395,708		20,710	369,730	10,792
 España	386,054		8,196	150,376	28,838
 Irán	356,792		4,282	307,702	20,502
 Argentina	336,789		7,494	245,768	6,848
 Reino Unido	324,601		4,886	<i>Sin datos</i>	41,423

Figura 1. Países con más casos de COVID-19 confirmados.

Fuentes: Wikipedia, The New York Times, Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades.
Actualizado al 22/08/2020.

Loreto registró su primer caso oficial el 17 de marzo del 2020; se trataba de un hombre de 52 años, que se desenvolvía como guía turístico y que tuvo contacto con un grupo de personas asintomáticas que procedían del extranjero.(4)

El primer fallecido en Loreto se reportó el 30 de marzo del 2020, desde ese momento a la actualidad se reportan 2,465 personas que han fallecido por el COVID-19 (1,119 confirmados y 1,346 sospechosos) en los diferentes establecimientos de salud y viviendas de la región, llegando a registrarse en un solo día, en el peor momento de la pandemia en la ciudad de Iquitos, un total de 35 muertes, que incluía a tres grupos: pacientes fallecidos en el Hospital Regional de Loreto HRL - COVID 19, los muertos en sus casas con síntomas de la enfermedad, y los que fallecieron en un hospital de EsSalud u otros establecimientos. Como era de esperarse estos datos no concordarían con lo mencionado en las estadísticas nacionales.(5)

Loreto tiene un total de 1,092,198 habitantes; territorialmente es la región más grande del Perú, sin embargo, es una de las regiones más abandonadas por el gobierno central. En la provincia de Maynas, capital del departamento de Loreto, habitan 608,809 personas, gran parte de la población se caracteriza por tener una economía basada en ingresos independientes, de escasa generación de empleo productivo, con grandes desigualdades; además de una deficiente infraestructura sanitaria y una débil intervención del gobierno central, también tiene graves problemas de corrupción.(6)

De esta manera fue como nos encontró esta nueva enfermedad, que puso en evidencia todas nuestras deficiencias y limitaciones, las cuales ya veníamos arrastrando desde hace mucho tiempo. Por estos motivos no fue raro que la situación se volviera incontrolable rápidamente, tanto que se nos catalogaría como la cuarta ciudad de Latinoamérica más golpeada por esta pandemia, y a nivel nacional seríamos una de las primeras en sufrir el colapso del sistema de salud con la consecuente muerte masiva que produjo esta enfermedad en la región Loreto.(7)

En Iquitos las muertes empezaron a incrementar rápidamente a partir de la tercera semana de abril, colapsando la morgue del HRL-COVID y cementerios locales.

Además, la cantidad de pacientes nuevos que acudían al hospital en busca de ayuda seguía en ascenso, muchos de ellos en estado crítico, los cuales fallecían a la espera de ser atendidos, siendo la principal causa de muerte la falta de oxígeno, pero sobre todo la falta de recursos humanos calificados que haga frente a la pandemia. Lo más doloroso sería la pérdida de muchos médicos, enfermeros, técnicos de enfermería y el resto del personal de salud que terminaría falleciendo en la lucha contra esta nueva enfermedad.(8)

1.2. MARCO TEÓRICO

1.2.1. Agente etiológico de la COVID-19: SARS-CoV-2.

Los coronavirus constituyen un gran grupo de virus que se encuentran taxonómicamente en la subfamilia Orthocoronavirinae, dentro de la familia Coronaviridae. Los coronavirus son virus ARN de cadena positiva envueltos. La secuencia del genoma completo concluyó que el coronavirus que causa la COVID-19 es un betacoronavirus del mismo subgénero que el virus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS).(9)

Los coronavirus inician su multiplicación con la entrada de los viriones a la célula hospedadora, cuando pierden su envoltura y depositan su ARN viral en el citoplasma de la célula, donde el parecido con el ARNm del hospedador le permite incorporarse directamente a los ribosomas para su traducción.(10)

A raíz de esta unión, se forman diversos ARN subgenómicos que codifican los polipéptidos y proteínas que determinan la biología del virus y la forma de su nucleocapside. A la microscopia electrónica, los viriones muestran una pequeña corona que se encuentra a su alrededor, lo cual justifica su nombre.(11)

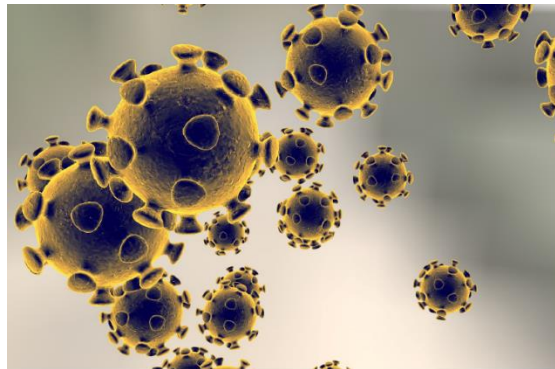


Figura 2. Morfología de los coronavirus.

El genoma del virus SARSCoV-2 codifica 4 proteínas estructurales: la proteína S (spike protein), la proteína E (envelope), la proteína M (Membrane) y la proteína N (nucleocapsid). La proteína S es la encargada del tropismo del virus con su célula hospedadora y permite liberar su genoma dentro de esta.(12)

Los coronavirus son virus zoonóticos, por lo que se ha descrito que muchos de ellos pueden usar a los mamíferos como reservorios u hospedadores intermediarios entre los que destacan los murciélagos. Existen múltiples especies de coronavirus que circulan en diferentes especies de animales pero que no pueden infectar al ser humano. Hasta ahora solo se conocían 6 especies de coronavirus que podían infectar a humanos:

- HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63 y HKU1 que producen infecciones leves del aparato respiratorio superior. Solo en cierta población pediátrica y adultos de edad avanzada llegarían a producir enfermedad grave
- Los más conocidos que son: MERS-CoV (Síndrome respiratorio del oriente medio) y el SARS-CoV (Síndrome respiratorio agudo y severo) Aunque no esté del todo claro su origen, los estudios apuntan a que el SARS-CoV2 probablemente provenga de murciélagos, y que desde

este haya pasado al ser humano, no sin antes sufrir previas mutaciones en un hospedero intermediario, que sería algún animal vivo del mercado de Wuhan.(13)

Patogenia.

Para que suceda la infección por SARS-CoV2, el virus debe ingresar a la célula hospedadora gracias a la interacción entre la proteína S del virión y el receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA2). Esta unión determina la especificidad del virus hacia determinados tejidos. La ECA2 se expresa en el tracto respiratorio inferior, corazón, riñón, estómago, vejiga, esófago e intestino. En el pulmón se expresa sobre todo en los neumocitos tipo II, y en la cavidad oral está en las células epiteliales de la lengua. La proteína S presenta dos subunidades (S1 y S2). La subunidad S1 interacciona con la ECA2 y la subunidad S2 participa en la fusión de las membranas del virión y de la célula hospedadora. Para completar la entrada del virión a la célula, la proteína S debe ser escindida por una enzima proteasa (TMPRSS2), de esta manera se facilita la entrada del virión por un mecanismo de endocitosis.(14)

Una vez dentro en el citoplasma de la célula, se libera la nucleocápside del virus y permite la salida del RNA genómico viral. Este RNA genómico viral se traduce en la producción de poliproteínas (pp1a y pp1ab). Posteriormente estas proteínas son procesadas proteolíticamente por enzimas proteasas dando lugar a la formación de 16 proteínas no estructurales (nsp1 a nsp16). Estas proteínas son necesarias para formar el complejo replicasa transcriptasa (RTC), el cual, es ensamblado en vesículas de doble membrana en el retículo endoplásmico. Finalmente, el complejo (RTC) replica y sintetiza un conjunto de RNAm subgenómicos, que codifican para la producción de las proteínas estructurales principales (S, M, E, N) y proteínas accesorias.(15)

En la replicación del SARS-CoV2, el RNA monocatenario de polaridad positiva sirve de molde para generar una copia de RNA monocatenario de polaridad negativa, a partir de esta se producirán las poliproteínas pp1a y pp1ab, las cuales se procesarán y conformarán el complejo RTC. El complejo RTC gracias a su actividad enzimática replicativa, crea nuevamente una copia del genoma con polaridad positiva, a partir de la copia de polaridad negativa. Este RNA genómico viral recientemente sintetizado se asocia con la proteína (N) formando la nucleocápside. Las otras proteínas estructurales (M, E, S) y proteínas accesorias, son elaboradas en el retículo endoplásmico y posteriormente transportadas al complejo de Golgi donde serán ensambladas junto con la nucleocápside para producir nuevas partículas víricas, las cuales se liberarán a través de la membrana plasmática celular en forma de vesículas.(16)

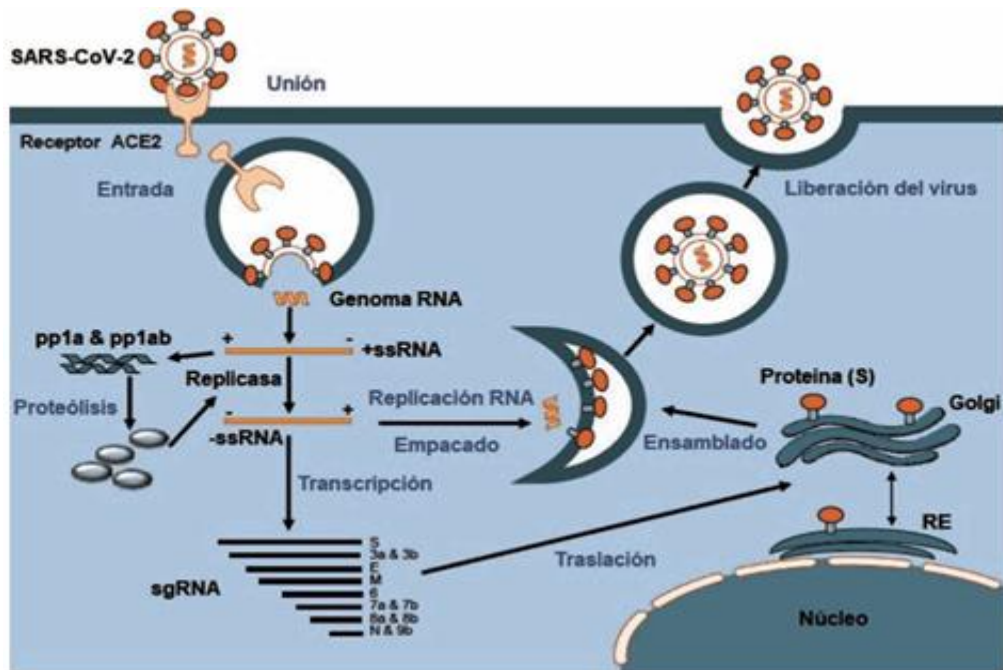


Figura 3. Mecanismo de patogénesis de SARS-CoV2.

Respuesta inmune frente a SARS-CoV2.

Respuesta inmune innata. Para generar una respuesta inmune innata el sistema inmunológico debe detectar moléculas intrínsecas propias de los patógenos mediante receptores, principalmente de tipo toll. Entre las moléculas detectadas por los receptores tipo toll se encuentran lípidos, lipoproteínas, proteínas y ácidos nucleicos de virus, bacterias, hongos y parásitos. Se sabe que estas moléculas se encuentran fusionadas con el ARN viral y al ingresar a la célula tendrá contacto con los receptores tipo toll. Este suceso de reconocimiento desencadenará la expresión de genes que codifican muchas de las proteínas implicadas en la inflamación como son: FNT, citoquinas (IL-1, IL-6 e IL-12) y quimiocinas. También se producirá interferón de tipo I importante para desencadenar respuesta antiviral, puesto que es capaz de suprimir la replicación y diseminación viral en etapas tempranas de la infección e inducir una respuesta inmune adaptativa efectiva.(17)

Respuesta inmune humoral. Juega un papel importante con la producción de anticuerpos, evitando reinfecciones posteriores. La respuesta inmune mediada por linfocitos T es esencial en la inmunidad adaptativa contra infecciones virales. Los tipos de respuestas generadas por los linfocitos T son: Linfocitos T helper (CD4+) que activan a los linfocitos B en la producción de anticuerpos y linfocitos T citotóxicos (CD 8+) que destruyen las células infectadas por los virus. Respecto a los anticuerpos producidos por los linfocitos B, la IgM se produce cuando la infección es reciente (aproximadamente 1 semana después desde el inicio de los síntomas) y la IgG en etapas más tardías (2 semanas después del inicio de los síntomas aproximadamente) (18)

1.2.2. Signos y síntomas.

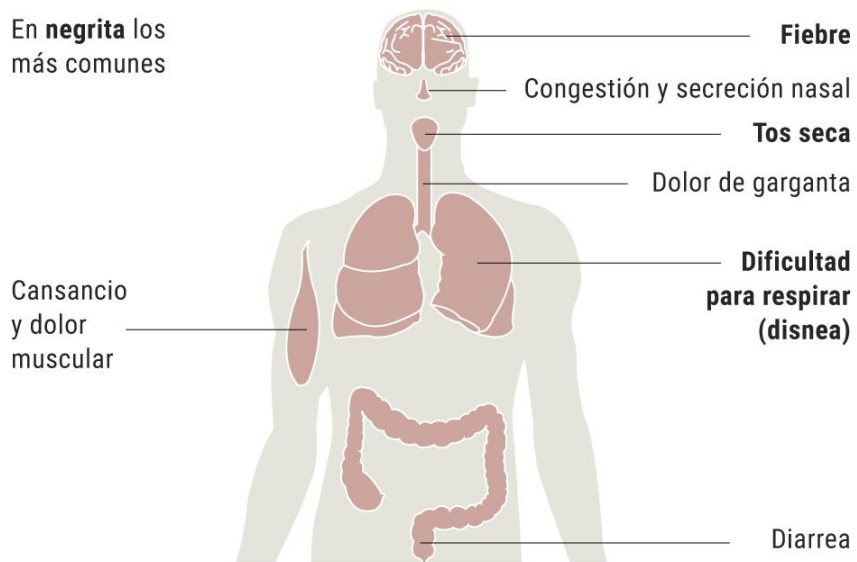
Los síntomas de la COVID-19 son inespecíficos y su presentación es variada, abarcando desde personas asintomáticas, neumonías leves y graves hasta insuficiencia respiratoria severa que requiere de ventilación mecánica y estancia en UCI. Los síntomas principales incluyen tos seca, fiebre, mialgia, fatiga, dolor de garganta, dificultad respiratoria, cefalea, congestión nasal, diarrea, náuseas, vómitos entre otros. Uno de los síntomas característicos, hasta en el 30% de los afectados es la anosmia y la ageusia.(19)

Las personas más vulnerables a desarrollar síntomas y enfermedad grave son las de edad avanzada, las personas obesas y las que presentan otras comorbilidades crónicas.(20)

LOS SÍNTOMAS DEL CORONAVIRUS

El nuevo coronavirus tiene síntomas similares a los de la gripe común. Alrededor del 80% se recupera sin necesidad de un tratamiento especial.

En **negrita** los más comunes



FUENTE: OMS.
J. AGUIRRE| EL MUNDO GRÁFICOS

Figura 4. Síntomas del coronavirus.

Fuente: OMS



Características clínicas de casos positivos de COVID-19, Perú 2020*

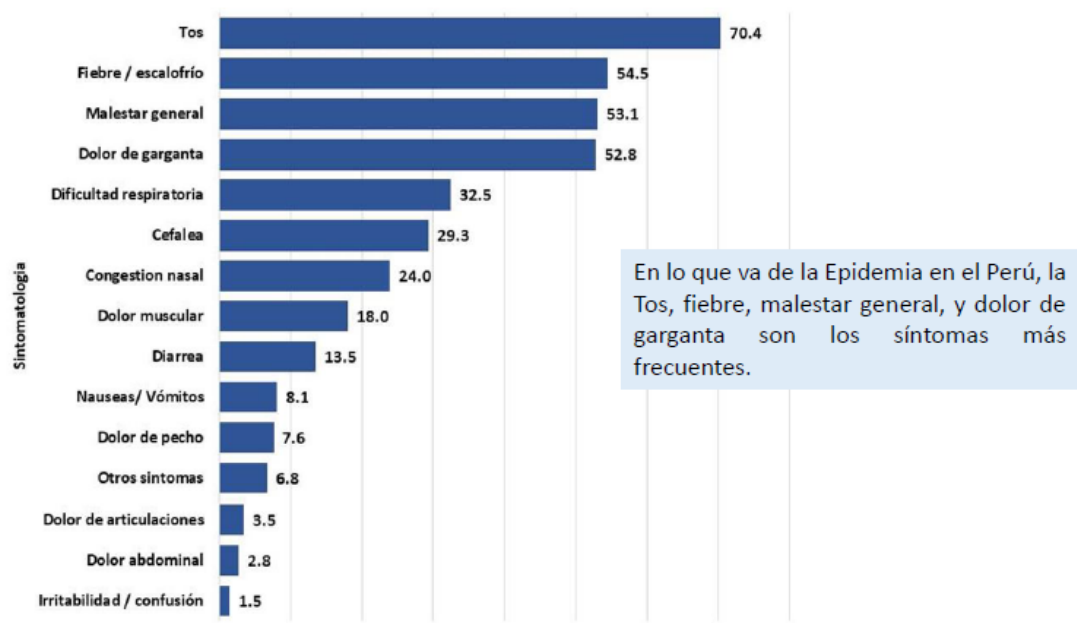


Figura 5. Características clínicas de casos positivos de Covid-19, Perú 2020.

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, prevención y control de enfermedades MINSA.

1.2.3. Diagnóstico

Se debe sospechar de enfermedad por COVID-19 en todo paciente que presenta la sintomatología de esta enfermedad, también en aquellos que residen o hayan viajado a zonas donde exista una alta tasa de transmisión comunitaria, o hayan tenido contacto reciente con un caso sospechoso o confirmado de COVID-19.(21)

La prueba diagnóstica inicial ideal sería un ensayo de reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR) para detectar ARN del SARS-CoV2 en el tracto respiratorio superior.(22)

Las pruebas serológicas detectan anticuerpos contra el SARS-CoV2 en la sangre y ayudan a identificar a los pacientes que tienen la infección (IgM) o que están en proceso de recuperación o ya tuvieron previamente la infección y se recuperaron (IgG). Las pruebas

serológicas deben usarse con mucha cautela debido al rendimiento variable, la posibilidad de un valor predictivo positivo bajo en entornos de baja seroprevalencia y correlaciones serológicas inciertas de inmunidad.(23)

1.2.4. Epidemiología.

A nivel mundial se han notificado más de 20 millones de casos confirmados de coronavirus, registrándose casos en todos los continentes del planeta, excepto en la Antártida(24). El número de casos confirmados sería solo un subregistro, pues solo se diagnostica y notifica una fracción de las infecciones agudas.

Transmisión.

El principal mecanismo de transmisión es el de persona a persona. El virus se libera en las secreciones de personas cuando estornudan, tosen o hablan pudiendo infectar a otras al tener contacto con membranas mucosas. También puede ocurrir infección cuando las manos de una persona se contaminan con gotitas o al tener contacto con superficies contaminadas y luego tocarse la nariz, los ojos o la boca.(25)

El SARS-CoV2 también se ha detectado en muestras no respiratorias, como las heces, la sangre, las secreciones oculares y el semen, sin embargo, según un informe conjunto de la OMS-China, no tendrían significancia en la propagación de la infección. No se ha demostrado la transmisión por membranas no mucosas.(26)

La probabilidad de que una persona transmita el SARS-CoV2 es mayor al inicio de la enfermedad y luego va disminuyendo, por lo que a los 7 a 10 días de iniciada la enfermedad es poco probable la transmisión sobre todo en aquellos pacientes que hicieron infección leve.(27)

El riesgo de transmisión aumenta cuando existe mayor cercanía, hay mayor duración de la exposición y se produce en espacios cerrados, con poca ventilación. No hay evidencia que sugiera que los animales sean una fuente importante de infección en los seres humanos.(28)

Ritmo Reproductivo Ro.

Es el numero promedio de casos nuevos que genera un caso dado a lo largo de su periodo infeccioso. Se estima que para el SARS- CoV-2 es de 1.5 a 3.5. Esta medida es útil, pues ayuda a determinar cuándo una enfermedad puede causar un brote epidémico serio. Cuando el R0 es > de 1 puede llegar a propagarse ampliamente en una población.(29)

1.3. DESCRIPCIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO “FELIPE ARRIOLA IGLESIAS” COVID 19

El Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” es un órgano desconcentrado de la Dirección Regional de Salud – Loreto, del Gobierno Regional Loreto, responsable de lograr que toda la población de la Región, tenga acceso a los servicios de salud, para recuperar y promocionar su salud, así como apoyar a las comunidades e instituciones en la construcción de entornos saludables.

El Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” depende de la Dirección Regional de Salud – Loreto

El Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” tiene su domicilio legal en la Av. 28 de Julio s/n del distrito de Punchana, Provincia de Maynas. – Región Loreto.

El Hospital Regional de Loreto tiene por misión, brindar atención recuperativa y de rehabilitación de III nivel y atención básica complementaria a todas las personas especialmente referidas, y en condición de pobreza, con servicios de calidad, equidad, interculturalidad, solidaridad y respeto a sus derechos,

para lo cual cuenta con personal especializado, equipamiento de alta tecnología, ambientes adecuados, materiales, insumos y medicamentos suficientes para la atención de la población de la región.

Las funciones generales del Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” son las siguientes:

- 1) Defender la vida y proteger la salud de la persona desde su concepción hasta su muerte natural.
- 2) Lograr la prevención y disminución de los riesgos y daños a la salud.
- 3) Lograr la recuperación de la salud y la rehabilitación de las capacidades de los pacientes, en condiciones de oportunidad, equidad, calidad y plena accesibilidad e integralidad en Consulta Externa, Centro Quirúrgico, Hospitalización y Emergencia.
- 4) Mejorar el desempeño y el desarrollo de los recursos humanos, generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar.
- 5) Administrar los recursos humanos, mejorando la eficiencia en el uso de los recursos materiales, económicos y financieros para el logro de la misión y sus objetivos en cumplimiento de las normas vigentes.
- 6) Asegurar el adecuado financiamiento del Hospital.

CAPITULO II

2.1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE EXPERIENCIA

Se realizó actividad de asistente médico en los diferentes servicios disponibles del hospital covid de Loreto, teniendo como principal objetivo la evaluación, vigilancia estrecha, administración de medicinas y rehabilitación de los pacientes internados en el HRL-COVID 19. Se identificaban oportunamente situaciones de riesgo de vida o muerte en las que se actuaba dando los primeros auxilios y maniobras de soporte vital, sin embargo, la escasez del

oxígeno medicinal, elemento indispensable para combatir esta enfermedad, asociado a la poca cantidad de camas en la unidad de cuidados intensivos para el gran número de pacientes que lo requerían al mismo tiempo, hacían casi imposible salvar a un paciente en mal estado. Se coordinaba y se realizaba trabajo en equipo con personal de enfermería, obstetricia y técnico, cumpliendo mi función como médico cirujano de la mejor manera posible en todas sus esferas.

Se realizaban reuniones de actualización teórico-prácticas y discusiones médicas para un mejor manejo del nuevo coronavirus COVID 19 a raíz de las experiencias que veníamos adquiriendo día a día junto al equipo de salud: médicos infectólogos, internistas e intensivistas, que dirigen el HRL-COVID 19.

2.1.1. Actividad profesional desempeñada

Se realizaban turnos, según el horario que se nos brindaba por parte de la jefatura del departamento de enfermedades infecciosas y tropicales. En el peor momento de la pandemia en la región, llegué a asumir hasta 30 pacientes (en el servicio de emergencia) que los atendí con la calidad que merecen gracias a mi formación universitaria, hospitalaria y a la actualización permanente de la terapéutica hacia este nuevo virus. El trabajo consistía en lo siguiente:

- Pacientes atendidos diariamente: entre 20 a 30, por bachiller de medicina que se encontraba de turno.
- Altas diarias: 2 a 10 aproximadamente, dejándoles indicaciones ambulatorias, y las respectivas señales de alarma.
- Ingresos diarios: Se llegó a tener de 40 a 50 ingresos por día, distribuidos en todos los servicios del hospital, en el peor momento de la pandemia.

2.1.2. Propósito del puesto

Realizar labor asistencial como médico calificado durante la pandemia de la COVID 19 en la región Loreto.

2.1.3. Objetivos

1. Contar con la mayor cantidad de médicos en la lucha contra esta pandemia.
2. Contar con gente saludable y joven que pueda hacer frente a la exposición.
3. Atender y tratar a la gran demanda de pacientes afectados por la COVID19 en esta región del Perú.
4. Evitar tener pacientes muriendo en los pasillos del hospital por falta de atención.

2.1.4. Retos que significó el cargo desempeñado

Fue el mayor reto que pude tener en mi corta carrera como médico, estando en la primera línea frente a esta nueva enfermedad, haciendo todo lo posible para salvar el mayor número de vidas. Poniendo en práctica toda la teoría y experiencia que pude adquirir a lo largo de mi camino en el pregrado, con los maestros en la facultad de medicina y en el internado médico.

2.2. FUNDAMENTACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO

2.2.1. Teoría y práctica en el desempeño profesional

Ante la rapidez con la que COVID 19 llegó hasta la región Loreto y desnudó todas las deficiencias de nuestro sistema de salud, añadido a eso, lo poco que se sabía hasta entonces sobre el manejo de la enfermedad a nivel mundial, se hizo obligatorio el uso de conocimientos teóricos, destrezas y actitudes adquiridas a lo largo de la carrera de medicina humana, en las siguientes áreas:

- Servicio de Emergencia: Trabajando en situaciones donde se pone en manifiesto el riesgo de muerte en los pacientes, teniendo

que diferenciar adecuadamente entre pacientes críticos y aquellos que presenten afectación más leve actuando de manera correcta e inmediata según corresponda.

- Infectología: Haciendo seguimiento en base a los conocimientos de la historia natural de la enfermedad, cuadro clínico, patogénesis y demás características de la COVID19. Lo que permite el manejo de los pacientes infectados y estrategias a usar en la prevención y propagación de esta enfermedad.

2.2.2. Aporte y desarrollo de experiencias

El trabajo que se realizó en el hospital COVID de Loreto fue enriquecedor en todos los aspectos, pues añadido a los conocimientos teórico-prácticos que ya se tenía, se agregaron nuevas experiencias en lo personal, en la relación médico-paciente, aprendiendo a lidiar con el estrés emocional que conllevaba trabajar en un área tan crítica, donde la muerte de muchas personas ocurría todos los días.

El trabajo al lado de nuestros maestros de la carrera de medicina también es importante resaltar, sobre todo porque teníamos que estar al frente de esta lucha y al mismo tiempo ver morir a todo el personal de salud que también lo habían dado todo para vencer esta enfermedad.

Cabe resaltar las largas horas de trabajo en condiciones riesgosas, sin Equipos de Protección Personal (EPP) adecuados y con el miedo a enfermar, resultando en un gran estrés, el cual hemos tenido que aprender a manejar.

2.3. ROTACIONES, SERVICIOS Y LABOR DESEMPEÑADA

2.3.1. Covid – Medicina “A”, Gineco-obstetricia.

Ubicación: HOSPITAL COVID 2° Y 4° PISO.

Labor: Médico asistente.

Turno: 6 horas, sin embargo, por la gran cantidad de pacientes podían extenderse de 2 a 3 horas más.

Personal médico: 3 médicos residentes y 4 bachilleres de medicina junto al médico especialista.

2.3.2. Covid – Medicina “B”.

Ubicación: HOSPITAL COVID 2° PISO.

Labor: Médico asistente.

Turno: 6 horas.

Personal médico: 2 médicos residentes y 2 bachilleres de medicina junto al médico asistente.

2.3.3. Emergencia.

Ubicación: EMERGENCIA – OBSERVACIÓN – MÓDULO 2

Labor: Médico asistente.

Turno: 6 horas.

Personal médico: 2 médicos residentes y 2 bachilleres de medicina junto al médico asistente.

CAPITULO III

3.1. RESULTADOS LOGRADOS CON EL TRABAJO DESEMPEÑADO

- Se logró la atención oportuna de muchos pacientes que se encontraban en los pasillos de la emergencia sin recibir atención, producto de la falta de recursos humanos que existía.
- Se afrontó la pandemia con médicos jóvenes y saludables, calificados, formados en la región, que podían resistir a la exposición y tener menor probabilidad de enfermar de manera grave.
- Se obtuvo los siguientes datos de la oficina de estadística del HRL, de los pacientes atendidos en los servicios que me tocó trabajar.

Pacientes por género atendidos en el servicio de Emergencia.

PORCENTAJE DE GENERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN
EL SERVICIO DE EMG- ABRIL DEL 20 AL 30

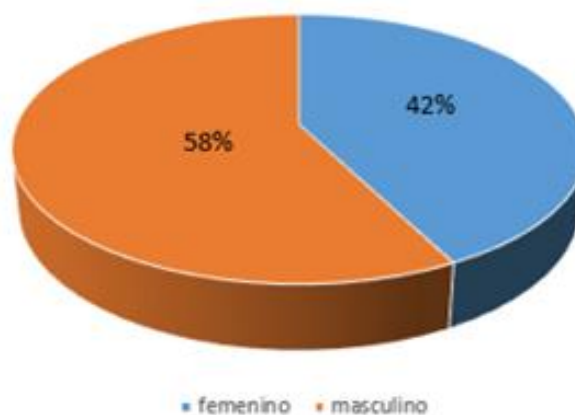


Fig 6. Pacientes por género atendidos en el servicio de Emergencia.

Fuente: Oficina de estadística del HRL.

Fueron atendidos por el servicio de emergencia un total de 1152 pacientes durante mi estancia en dicho servicio. Del total, el 58% correspondía a varones y el 42% a mujeres.

Pacientes agrupados por edad atendidos en el servicio de Emergencia.

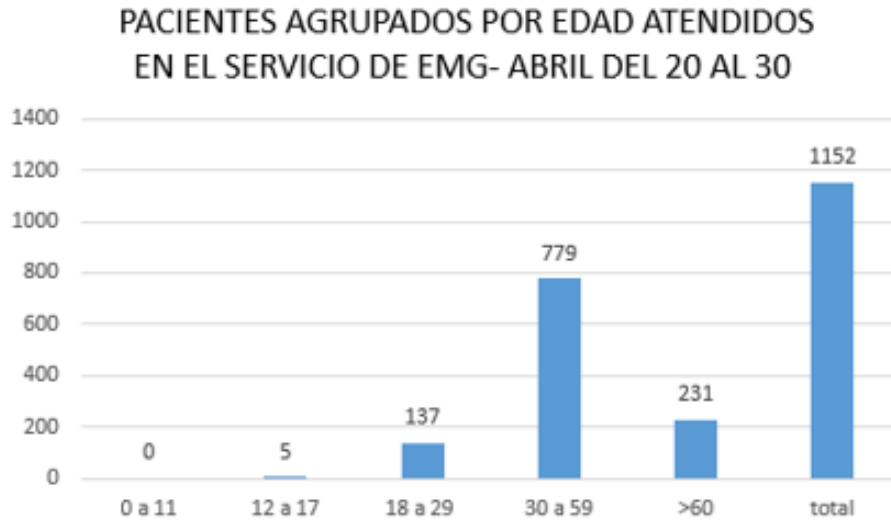


Fig 7. Pacientes agrupados por edad atendidos en el servicio de Emergencia.

Fuente: Oficina de estadística del HRL.

De los 1152 pacientes, el 68% de pacientes se encontraba entre las edades de 30 a 59 años y un 20% superaba los 60 años.

Distrito de los pacientes atendidos en el servicio de Emergencia.



Fig 8. Distrito de los pacientes atendidos en el servicio de Emergencia.

Fuente: Oficina de estadística del HRL

El 44% de los pacientes provenían del distrito de Iquitos, siendo el de mayor afectación, seguido de Punchana con un 29%.

Pacientes por genero atendidos en los servicios de hospitalización: Medicina A y Medicina B. De Mayo al 20 de Junio. HRL

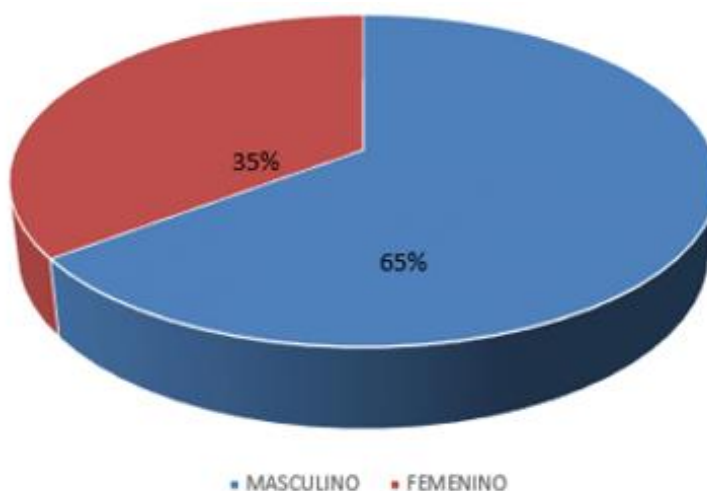


Fig 9. Pacientes por genero atendidos en los servicios de hospitalización: Medicina A y Medicina B. De Mayo al 20 de Junio. HRL.

Fuente: Oficina de estadística del HRL.

En los servicios de hospitalización que me tocó trabajar, el 65% correspondía a varones y el 35% a mujeres.

Pacientes agrupados por edad atendidos en los servicios de Hospitalización: Medicina A, Medicina B. HRL. De Mayo al 20 de Junio.

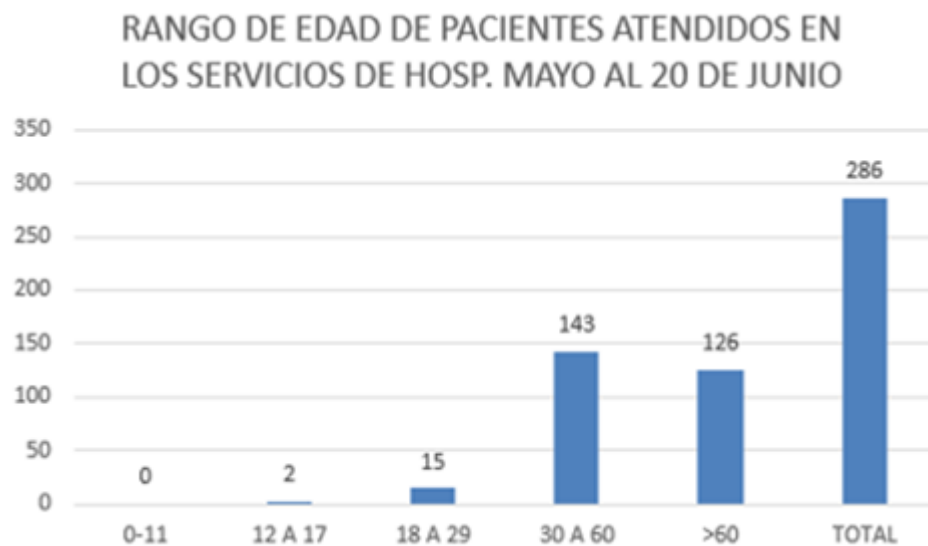


Fig 10. Pacientes agrupados por edad atendidos en los servicios de Hospitalización: Medicina A, Medicina B. HRL. De Mayo al 20 de Junio.

Fuente: Oficina de Estadística del HRL.

De los pacientes atendidos en los servicios de hospitalización: Medicina A, Medicina B, el 50% se encontraba en el rango de edad de 30 a 60 años, un 44% correspondía a pacientes mayores de 60 años y solo 1% se encontraban por debajo de los 18 años.

Distrito de los pacientes atendidos en los servicios de hospitalización: Medicina A, Medicina B. HRL. De Mayo al 20 de Junio.



Fig 11. Distrito de los pacientes atendidos en los servicios de hospitalización: Medicina A, Medicina B. HRL. De Mayo al 20 de Junio.

Fuente: Oficina de estadística del HRL.

De los pacientes hospitalizados, el 62% provenía del distrito de Iquitos, un 18% correspondía a Punchana y el 12 % correspondía a San Juan. El distrito con menor cantidad de pacientes fue Belén con un 4%.

Condición de egreso de pacientes atendidos en los servicios de Hospitalización: Medicina A, Medicina B. HRL. De Mayo al 20 de Junio. Fuente: Oficina de estadística del HRL.

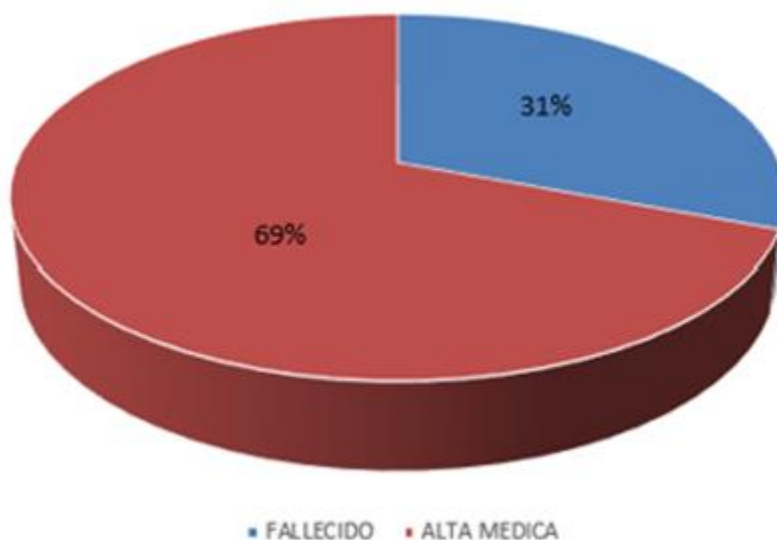


Fig 12. Condición de egreso de pacientes atendidos en los servicios de Hospitalización: Medicina A, Medicina B. HRL. De Mayo al 20 de Junio. Fuente: Oficina de estadística del HRL.

De los pacientes atendidos en los servicios de hospitalización: Medicina A, Medicina B desde mayo al 20 de junio fueron de alta un 69% y fallecieron un 31%, resultando en una alta tasa de letalidad.

3.2. CONCLUSIONES

La pandemia de la COVID-19 afectó en gran magnitud a la región Loreto. A la actualidad se cuentan con registros a partir de datos obtenidos de certificados de defunción, papeletas de fallecimiento, historias clínicas, reportes de ingresos y egresos del HRL, oficina de estadística, departamento de medicina de enfermedades infecciosas y tropicales, se concluyeron los siguientes registros epidemiológicos y la siguiente dinámica de la COVID-19 en el Hospital COVID de Loreto.

Dinámica COVID-19. HRL

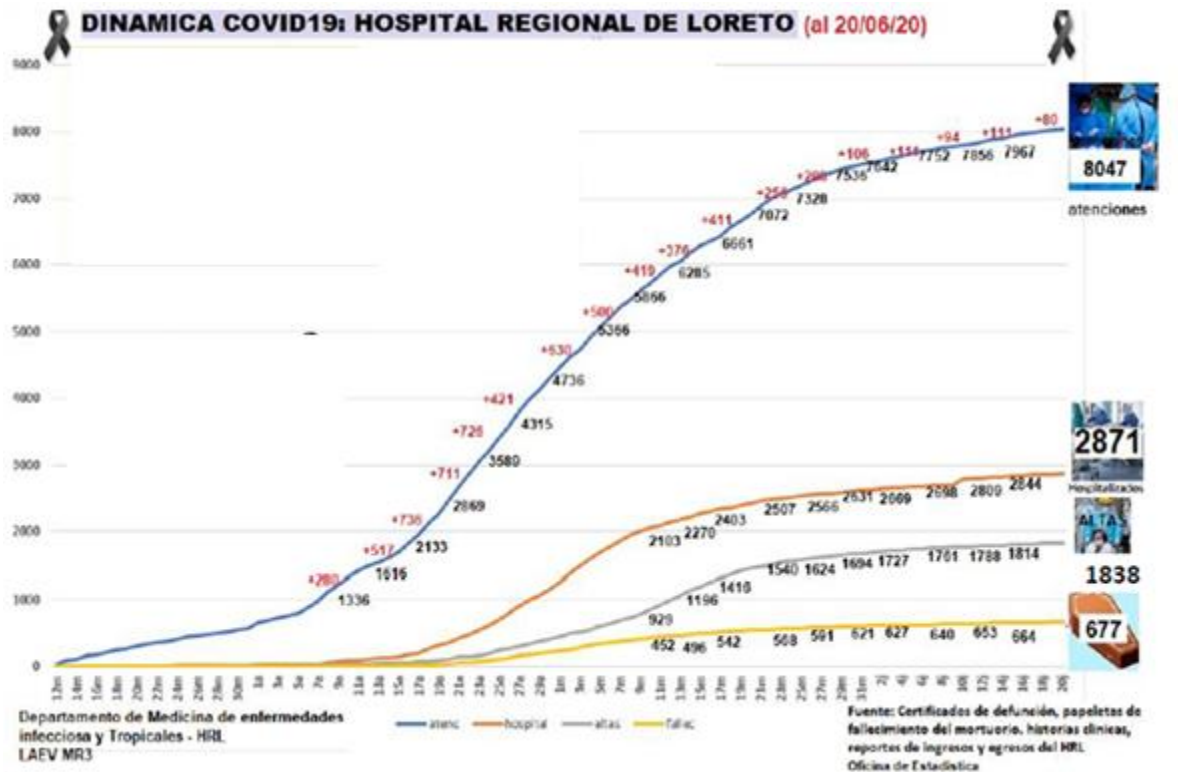


Figura 13. Dinámica COVID-19. HRL.

Fuente: Certificados de defunción, papeletas de fallecimiento del mortuario, historias clínicas, reportes de ingresos y egresos del HRL, Oficina de Estadística. Departamento de Medicina de enfermedades infecciosas y tropicales – HRL. LAEV MR3.

Cuadro 1. Atenciones, hospitalizaciones, fallecidos y tasa de letalidad hospitalaria al 20 Junio del 2020 en el Hospital Covid de Loreto.

ATENCIONES	8047
HOSPITALIZACIONES	2871
FALLECIDOS	677
TASA DE LETALIDAD HOSPITALARIA	23%

Fuente: Certificados de defunción, papeletas de fallecimiento del mortuario, historias clínicas, reportes de ingresos y egresos del HRL, Oficina de Estadística. Departamento de Medicina de enfermedades infecciosas y tropicales

Los registros epidemiológicos a la actualidad, muestran la siguiente realidad de la COVID-19 en la región Loreto:

Cuadro 2. Total de casos, total de fallecidos y tasa de letalidad por provincia en Loreto. Marzo-Agosto 2020

	TOTAL DE CASOS	TOTAL DE FALLECIDOS	TASA DE LETALIDAD
ALTO AMAZONAS	3215	197	6,12%
DATEM DEL MARAÑON	4486	48	1,06%
LORETO	4874	83	1,7%
MAYNAS	23357	1880	8,04%
PUTUMAYO	1320	13	0,98%
RAMON CASTILLA	2426	66	2,72%
REQUENA	1141	123	10,78%
UCAYALI	1024	55	5,37%

Fuente:DIRESA-LORETO

La tasa de letalidad más alta por COVID-19 entre las provincias de Loreto es la de Requena, con un 10,78%, mientras que la tasa de letalidad más baja corresponde a la provincia del Putumayo con 0,98%.

Cuadro 3. Total de casos, total de fallecidos y tasa de letalidad de los distritos de Maynas en la ciudad de Iquitos. Marzo-Agosto 2020.

	TOTAL DE CASOS	TOTAL DE FALLECIDOS	TASA DE LETALIDAD
IQUITOS	10145	898	8,85%
PUNCHANA	4004	354	8,84%
BELEN	1706	201	11,78%
SAN JUAN	3432	376	10,95%

Fuente: DIRESA-LORETO

El distrito con mayor tasa de letalidad en la ciudad de Iquitos es Belén con 11,78%, mientras que Iquitos y Punchana son los más bajos con 8,85% y 8,84% respectivamente.

Cuadro 4. Total de fallecidos por distrito y Numero de fallecidos x 10,000 habitantes en la región Loreto. Marzo-Agosto 2020.

Provincia	Población	Fallecidos	Tasa x 10,000
Alto Amazonas	133,299	197	14,7
Datem del Marañón	70,810	48	6,7
Loreto	76,816	83	10,8
Requena	78,553	123	15,6
Ucayali	76,679	55	7,1
Maynas	566,841	1880	33,1
Ramón Castilla	76,965	66	8,5
Putumayo	12,235	13	10,6

Fuente: DIRESA-LORETO.

Por cada 10,000 habitantes en la provincia de Maynas fallecieron 33 personas, teniendo la tasa más alta. La tasa más baja de fallecidos fue la de Ucayali, con 7 fallecidos por cada 10,000 habitantes.

Cuadro 5. Número de casos por edad y tasa x 1,000 habitantes en la región Loreto. Marzo-Agosto 2020

EDAD	POBLACION	NUMERO DE CASOS	TASA x 1,000 HAB
0 – 11	293,470	3407	11,6
12 – 17	136,822	2115	15,4
18 – 29	215,206	9050	42,1
30 – 59	367,592	22305	60,6
60 o MÁS	79,108	4966	62,7

Fuente: DIRESA-LORETO

Por cada 1,000 habitantes de 60 años o más hay 63 casos de COVID-19, también por cada 1,000 personas entre 30 a 59 años hay 61 casos, teniendo cifras similares entre ambos grupos etarios.

Por cada 1,000 habitantes menores de 12 años hay 12 casos, siendo la tasa más baja con respecto a otras edades.

Tratamiento usado:

Cabe recalcar en este informe, lo cambiante que fue la terapéutica administrada al paciente, producto de lo poco que se conocía de la enfermedad, la prontitud con la que llegó a nuestra ciudad y ante el intento desesperado de ayudar a la gran cantidad de pacientes afectados por esta pandemia. El tratamiento fue cambiando con el pasar de los días, basado en la experiencia que íbamos adquiriendo y en los reportes de actualización de estudios a nivel internacional que recomendaban no utilizar determinados fármacos, pues no demostraban ningún beneficio e incluso llegaban a ser perjudiciales para el paciente, como ocurrió con el uso de altas dosis de corticoides en etapas tempranas de la enfermedad o el uso de hidroxiclороquina, incluso en pacientes asintomáticos.

Se demostró también que el uso del antirretroviral kaletra (lopinavir/ritonavir) no producía ningún beneficio por lo que automáticamente se dejó de usar junto con atorvastatina. Se usaban antibióticos por el temor a la posibilidad de que se pueda sobreagregar una infección bacteriana a la neumonía viral y complique aún más al paciente, pues en la mayoría de pacientes, no se contaba con la ayuda de exámenes de laboratorio que orienten el uso adecuado o no de antibióticos.

Actualmente se sabe que el manejo de los pacientes con COVID-19 es básicamente de soporte y sintomáticos, agregando solo a los pacientes con soporte oxigenatorio, dosis bajas de corticoides (6mg de dexametasona al día), sin embargo, a fin de lograr un mejor manejo de esta enfermedad, no del todo conocida, se requieren nuevas investigaciones con nuevos fármacos e incluso el desarrollo de la vacuna que sería esencial para poder combatir esta enfermedad.

CAPITULO IV


4.1. ANEXOS


4.1.1. Documentos probatorios

ROL DE MAYO

Nº	Nombres y Apellidos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
		V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J
1	Bach. Echevarría Lachuma Alexandra	MC		MO4	MO4		MC	MC	MC		MO4	MO4	MO4		MO4	MO4	MO4		MO4	MO4	MO4	
2	Bach. Barria Gomez Alessandra	MC	MC	TC		MC	MC	MC	TC		MC	MC	MC		MC	MC	MC		MC	MC	MC	
3	Bach. Chavez Perez Jesus	MO2	MO2		MO2	MO2	MO2	MO2	MO2		MO2	MO2	MO2		MO2	MO2	MO2		MO2	MO2	MO2	
4	Bach. Rios Lopez Allison		TG		TG	TG	MG		MG	TG		TG	MG	TG		TG	MG	TG		MG	TG	MG
5	Bach. Najar del Aguila Carlos		MA	TA	MA		MA	TA	MA		TA	MA	MA	MA	TA	MA		MA	TA	MA	MA	
6	Bach. Suyo Inga Ericka		MO2	TO2	MO2		MO2	TO2	MO2		MO2	TO2	MO2		MO2	TO2	MO2		MO2	TO2	MO2	MO2
7	Bach. Vasques Sanchez Brian	MO2		MO2	MO2		MO2	MO2	MO2		MO2	MO2	MO2		MO2	MO2	MO2		MO2	MO2	MO2	MO2
8	Bach. Barba del Cuadro Renato		MC		MC	MC	MC	MC	MC		MC	MC	MC		MC	MC	MC		MC	MC	MC	MC
9	Bach. Garcia Flores Sergio	MA	MA	MA		MA	MA	MA	MA		MA	MA	MA		MA	MA	MA		MA	MA	MA	MA
10	Bach. Silva Queija Kevin		MB	MB	MB		MB	MB	MB		MB	MB	MB		MB	MB	MB		MB	MB	MB	MB
11	Bach. Lemos Gil Daniel	MB	TB	MB		MB	MB	MB		MB	MB	MB		MB	MB	MB		MB	MB	MB	MB	MB
12	Bach. Reategui Vasquez Vallery		MB	MB	MB		MB	TB	MB		MB	TB	MB		MB	TB	MB		MB	TB	MB	MB
13	Bach. Padilla Hernandez Amancio		T		T	T	T		T	T		T	T		T	T		T	T	T	T	T
14	Bach. Gaviña Rios Dennis		MG	TG		MG	TG	TG	TG		MG	TG	MG	TG		MG	TG	MG	TG	MG	TG	MG
15	Bach. Pasquel Silva Luis	ME		ME	TE	ME		ME	TE	ME		ME	TE	ME		ME	TE	ME		ME	TE	ME
16	Bach. Ferreyra Macedo Saul	ME	TE	ME	TE	ME		TE	ME	TE		TE	ME	TE		TE	ME	TE		TE	ME	TE
17	Bach. Lavi Pacaya Paris	TE	ME	TE	ME		ME	TE	ME		ME	TE	ME		ME	TE	ME		ME	TE	ME	TE
18	Bach. Vargas Inga Luis	TE		TE	ME	TE		TE	ME	TE		TE	ME	TE		TE	ME	TE		TE	ME	TE

LEYENDA
MO2: Mañana Observacion 2
TO2: Tarde Observacion 2
MA: Mañana Medicina A
TA: Tarde Medicina A
MB: Mañana Medicina B
TB: Tarde Medicina B
MO4: Mañana Observacion 4
TO4: Tarde observacion 4
MC: Mañana Cirugia
TC: Tarde Cirugia
MG: Mañana Ginecologia
TG: Tarde Ginecologia
T: Tomografia
ME: Mañana Emergencia
TE: Tarde Emergencia


Dr. Edgar A. Ramirez Garcia
 Infectólogo Tropicalista
 C.M.R: 60211 R.N.E: 35330


 DIRECCION REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
 "Luis Valdez" 10000
 M.C. MERY FERRERO GARCIA
 CIP: 21847 R.N.E: 15422
 DIRECTORA GENERAL

Nº	Nombres y Apellidos	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
		L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J
1	Bach. Echevarría Lachuma Alexandra	TC	MC	MC	MC	MC	TC	MC	TC	MC	MC	TC
2	Bach. Barria Gomez Alessandra	MG	TG	MG	TG	MG	MG	MG	MA	TA	MA	MA
3	Bach. Chavez Perez Jesus	MG	MG	TG	MG	TG	MG	TG	MA	MA	TA	MA
4	Bach. Rios Lopez Allison	ME	TE	ME	TE	ME	TE	ME	MG	TG	MG	MG
5	Bach. Najar del Aguila Carlos	TE	ME	TE	ME	TE	ME	TE	TE	ME	ME	TE
6	Bach. Suyo Inga Ericka	TE	ME	TE	ME	TE	ME	TE	ME	TE	ME	ME
7	Bach. Vasques Sanchez Brian	TG	MG	MG	MG	MG	TG	MG	TA	MA	MA	TA
8	Bach. Barba del Cuadro Renato	ME	TE	ME	TE	ME	TE	ME	ME	ME	TE	ME
9	Bach. Garcia Flores Sergio	MC	MC	TC	MC	TC	MC	TC	MC	MC	TC	MC
10	Bach. Silva Queija Kevin	MA	TA	MA	TA	MA	MA	MA	MB	TB	MB	MB
11	Bach. Lemos Gil Daniel	TA	MA	MA	MA	MA	TA	MA	MB	MB	TB	MB
12	Bach. Reategui Vasquez Vallery	TB	MB	MB	MB	MB	TB	MB	TB	MB	MB	TB
13	Bach. Padilla Hernandez Amancio	MA	MA	TA	MA	TA	MA	TA	T	T	T	T
14	Bach. Gaviña Rios Dennis	ME	TE	ME	TE	ME	TE	ME	TE	ME	TE	ME
15	Bach. Pasquel Silva Luis	TE	ME	TE	ME	TE	ME	TE	ME	TE	ME	TE
16	Bach. Ferreyra Macedo Saul	ME	TE	ME	TE	ME	TE	ME	TG	MG	MG	TG
17	Bach. Lavi Pacaya Paris	TE	ME	TE	ME	TE	ME	TE	MG	MG	TG	MG
18	Bach. Vargas Inga Luis	MC	TC	MC	TC	MC	TC	MC	MC	TC	MC	MC
19	Bach. Rengifo Saboya Taira	MB	MB	TB	MB	TB	MB	TB				

LEYENDA
MO2: Mañana Observacion 2
TO2: Tarde Observacion 2
MA: Mañana Medicina A
TA: Tarde Medicina A
MB: Mañana Medicina B
TB: Tarde Medicina B
MO4: Mañana Observacion 4
TO4: Tarde observacion 4

MC: Mañana Cirugia
TC: Tarde Cirugia
MG: Mañana Ginecologia
TG: Tarde Ginecologia
T: Tomografia
ME: Mañana Emergencia
TE: Tarde Emergencia


Dr. Edgar A. Ramirez Garcia
 Infectólogo Tropicalista
 C.M.R: 60211 R.N.E: 35330


 DIRECCION REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
 "Luis Valdez" 10000
 M.C. MERY FERRERO GARCIA
 CIP: 21847 R.N.E: 15422
 DIRECTORA GENERAL

ROL DEL PERSONAL MEDICO EN APOYO A LA CONTINGENCIA POR LA PANDEMIA DEL CORONAVIRUS - HRL

Personal de Salud	Servicio	L	M	J	V	S	D	L	M	J	V	S	D	L	M	J	V	S	D	L	M	J	V	S	D	L	M	Cond	Horas	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26			27
Carlos Najjar del Aguila	Hospitalización Medicina A	D	M	N	D	M	N	D	M	N	D	M	N	D	M	N	D	M	N	D	M	N	D	M	N	D	M	N	TERC	342
Allison Ríos Lopez	Hospitalización Medicina A	M	M	M	N	M	M	M	N	M	M	M	N	M	M	M	N	M	M	M	N	M	M	M	N	M	M	M	TERC	150
Rosalía Huanacuni Apaza	Hospitalización Medicina A	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	TERC	342
Sarita Salles Rojas	Hospitalización Medicina A	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	TERC	192
Erika Suvo Inga	Hospitalización Medicina B	D	M	N	D	M	N	D	M	N	D	M	N	D	M	N	D	M	N	D	M	N	D	M	N	D	M	N	TERC	342
Alessandra Barria Gómez	Hospitalización Medicina B	D	M	N	D	M	N	D	M	N	D	M	N	D	M	N	D	M	N	D	M	N	D	M	N	D	M	N	TERC	342
Kevin Brian Silva Queja	Hospitalización Medicina B	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	TERC	342
Daniela Collantes Lozano	Hospitalización Medicina B	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	TERC	192
Luis Angel Vargas Inga	Hospitalización Ginecología	D	M	N	D	M	N	D	M	N	D	M	N	D	M	N	D	M	N	D	M	N	D	M	N	D	M	N	TERC	342
Dennys Gaviria Rios	Hospitalización Ginecología	D	M	N	D	M	N	D	M	N	D	M	N	D	M	N	D	M	N	D	M	N	D	M	N	D	M	N	TERC	142
Bryan Vásquez Sánchez	Hospitalización Ginecología	M	N	M	M	M	N	M	N	M	M	M	N	M	N	M	M	M	N	M	N	M	M	M	N	M	N	M	TERC	150
Paiz Lavi Pacaya	Hospitalización Ginecología	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	TERC	150

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"Felipe Arriola Iglesias"
M.C. ROSA ENCARNACIÓN PERRARO
CNP 31112 - RNE 21111
SUB-DIRECTORA GENERAL



La Dirección General del Hospital Regional de Loreto, otorga la presente:

CONSTANCIA

A : Bach. Medic. CARLOS NAJAR DEL ÁGUILA
POR SU ASISTENCIA Y PARTICIPACIÓN COMO PROFESIONAL MÉDICO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS", DURANTE DOS (02) MESES EN LA EMERGENCIA SANITARIA COVID-19.

PUNCHANA, 11 DE JUNIO DEL 2020

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"Felipe Arriola Iglesias"
M.C. MERCEY PANDURO GAVIRIA
CNP 31247 - RNE 24422
DIRECTORA GENERAL

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

4.1.2. Álbumes fotográficos



EMERGENCIA – OBSERVACIÓN – MÓDULO 2



EMERGENCIA – OBSERVACIÓN – MÓDULO 2



EMERGENCIA – OBSERVACIÓN – MÓDULO 2.



HOSPITALIZACION - INFECTOLOGIA.



HOSPITALIZACION 2° PISO: MEDICINA A

4.1.3. Reportajes Periodísticos

BBC | Menú

NEWS | MUNDO

Noticias | América Latina | ¿Hablas español? | Internacional | Economía | Tecnología | Ciencia

Coronavirus en Perú | "Se van a morir a sus casas porque no tenemos camas": la desesperada situación que se vive en la región peruana de Loreto por el covid-19

Alejandro Millán Valencia
BBC News Mundo

🕒 24 abril 2020

[f](#) [🗨️](#) [🐦](#) [✉️](#) [Compartir](#)



MORGUE IQUITOS

Loreto ya está en la segunda ola de contagios del Covid-19

Region junio 10, 2020 NOTICIAS

• Según dijo a conocer el Dr. Carlos Calampa

El día de ayer el Dr. Carlos Calampa, director regional de Salud de Loreto, arribó a la ciudad de Yurimaguas junto con el gobernador de la región, Elisban Ochoa, y al ser abordado por algunos medios locales dio a conocer que la región Loreto ya se encuentra atravesando por la segunda ola de contagios del Covid-19.

El funcionario detalló que, al contrario de lo que se esperaba, al parecer la segunda ola no viene siendo tan severa al punto de tener colapsado los hospitales, pero advierte que no hay que bajar la guardia.

"Esta es la segunda ola de contagio. A Dios gracias no se está dando como lo pensábamos y eso es alentador, es bueno. Pienso que también es producto de la inmunidad que ha generado la población, en el entendido que más del 70% de la población loreтана ya resultó infectada", aseveraba el infectólogo desde la ciudad de Yurimaguas.

Asimismo, Calampa vuelve a recomendar a la población a continuar tomando todas las precauciones necesarias para evitar contraer el virus, tales como el constante lavado de manos, usar mascarilla y el distanciamiento social. (R. Graicht)



4.2. BIBLIOGRAFIA

1. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Epidemiology, virology, and prevention - UpToDate [Internet]. [citado 22 de agosto de 2020]. Disponible en: https://bibvirtual.upch.edu.pe:2050/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-epidemiology-virology-and-prevention?search=CORONAVIRUS%20VIROLOGIA&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
2. Nuevo coronavirus 2019 [Internet]. [citado 22 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
3. Coronavirus (COVID-19) en el Perú [Internet]. [citado 22 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.gob.pe/coronavirus>
4. Pandemia de enfermedad por coronavirus de 2020 en Loreto. En: Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. 2020 [citado 26 de agosto de 2020]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Pandemia_de_enfermedad_por_coronavirus_de_2020_en_Loreto&oldid=128614065
5. Mendoza IMEB. La indiferencia en los tiempos del COVID-19: aproximaciones constitucionales al caso de Iquitos | Ivana Bardales [Internet]. IUS 360. 2020 [citado 26 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://ius360.com/actualidad/la-indiferencia-en-los-tiempos-del-covid-19-aproximaciones-constitucionales-al-caso-de-iquitos-ivana-bardales/>
6. Loreto, la región amazónica de Perú que ruega por oxígeno y más médicos frente al Covid-19 [Internet]. France 24. 2020 [citado 26 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.france24.com/es/20200518-peru-situacion-pandemia-loreto-oxigeno-medicos-amazonas>
7. Reyes V. Coronavirus | Iquitos es considerada como una de las 4 ciudades latinoamericanas más golpeadas por la COVID-19 [Internet]. RPP. 2020 [citado 22 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://rpp.pe/mundo/latinoamerica/coronavirus-iquitos-es-considerada-como-una-de-las-4-ciudades-latinoamericanas-mas-golpeadas-por-la-covid-19-noticia-1261204>
8. Loreto: Ocho médicos fallecieron por la COVID-19 y 185 profesionales de la salud están contagiados [Internet]. 2020 [citado 22 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=BcxBxe-Glx4>

9. Charles-Niño C, Garza-Rodríguez M de L, Ramos-Jimenez J, Rivas-Estilla AM. Virología molecular en México: Implementación del diagnóstico molecular del SARS-Coronavirus. *Rev Mex Patol Clínica Med Lab.* 2006;53(3):146-50.
10. Rodriguez PE, Liendo ME, Benso M, Simó CH, Cuffini CG, Cámara JA, et al. Prevalencia de cuadros clínicos respiratorios relacionados con la detección de Coronavirus y Metapneumovirus humanos en pacientes de Córdoba durante el año 2017. *Rev Fac Cienc Médicas Córdoba.* 2 de octubre de 2018;0(0):197-8.
11. Comparative Replication and Immune Activation Profiles of SARS-CoV-2 and SARS-CoV in Human Lungs: An Ex Vivo Study With Implications for the Pathogenesis of COVID-19 | *Clinical Infectious Diseases* | Oxford Academic [Internet]. [citado 26 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa410/5818134>
12. COVID-19, una emergencia de salud pública mundial - ScienceDirect [Internet]. [citado 26 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256520300928>
13. Medline® Abstract for Reference 4 of «Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Epidemiology, virology, and prevention» - UpToDate [Internet]. [citado 22 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://bibvirtual.upch.edu.pe:2050/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-epidemiology-virology-and-prevention/abstract/4>
14. Insights into SARS-CoV transcription and replication from the structure of the nsp7–nsp8 hexadecamer | *Nature Structural & Molecular Biology* [Internet]. [citado 26 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/nsmb999>
15. El SARS-CoV-2 infecta productivamente los enterocitos del intestino humano | *Ciencias* [Internet]. [citado 26 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://science.sciencemag.org/content/369/6499/50.abstract>
16. Middle East respiratory syndrome coronavirus: Virology, pathogenesis, and epidemiology - UpToDate [Internet]. [citado 22 de agosto de 2020]. Disponible en: https://bibvirtual.upch.edu.pe:2050/contents/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-virology-pathogenesis-and-epidemiology?search=CORONAVIRUS%20patogenia&source=search_result&select edTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
17. Revisión narrativa sobre la respuesta inmunitaria frente a coronavirus: descripción general, aplicabilidad para SARS-COV-2 e implicaciones terapéuticas [Internet]. [citado 26 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7183283/>

18. Bases Genéticas y Moleculares del COVID-19 (SARS-CoV-2). Mecanismos de Patogénesis y de Respuesta Inmune [Internet]. [citado 22 de agosto de 2020]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2020000300331&script=sci_arttext&tIng=en
19. Anosmia y enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19): ¿Qué debemos saber? [Internet]. [citado 26 de agosto de 2020]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162020000200247
20. Conoce qué es el coronavirus COVID-19 [Internet]. [citado 22 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/campa%C3%B1as/699-conoce-que-es-el-coronavirus-covid-19>
21. DIGITAL.CSIC: Webinar del CSIC: Nuevos Métodos de Diagnóstico del Coronavirus [Internet]. [citado 26 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://digital.csic.es/handle/10261/213314>
22. Pruebas diagnósticas para la COVID-19: la importancia del antes y el después [Internet]. [citado 26 de agosto de 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2020000200014&script=sci_arttext
23. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 22 de agosto de 2020]. Disponible en: https://bibvirtual.upch.edu.pe:2050/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-diagnosis?search=CORONAVIRUS%20diagnostico&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
24. Ambiental AP. La Antártida, único lugar del mundo sin coronavirus - Ambientum [Internet]. Ambientum Portal Lider Medioambiente. 2020 [citado 22 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.ambientum.com/ambientum/medio-natural/la-antartida-unico-lugar-del-mundo-sin-coronavirus.asp>
25. Pérez Abreu MR, Gómez Tejeda JJ, Dieguez Guach RA, Pérez Abreu MR, Gómez Tejeda JJ, Dieguez Guach RA. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. Rev Habanera Cienc Médicas [Internet]. abril de 2020 [citado 26 de agosto de 2020];19(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-519X2020000200005&lng=es&nrm=iso&tIng=es
26. Detección de COVID -19 (SARS-CoV-2) Mediante la Saliva: Una Alternativa Diagnóstica poco Invasiva [Internet]. [citado 26 de agosto de 2020]. Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2020000300316

27. Un mundo, una salud: la epidemia por el nuevo coronavirus COVID-19 | Medicina Clínica [Internet]. [citado 26 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-avance-resumen-un-mundo-una-salud-epidemia-S002577532030141X>

28. Presumed Asymptomatic Carrier Transmission of COVID-19 | Infectious Diseases | JAMA | JAMA Network [Internet]. [citado 22 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2762028>

29. Ritmo reproductivo básico. En: Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. 2020 [citado 22 de agosto de 2020]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Ritmo_reproductivo_b%C3%A1sico&oldid=127475838

30. HOSPITAL REGIONAL DE LORETO [Internet]. [citado 22 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.hospitalregionaldeloreto.gob.pe/>