

# Experiencia del personal médico de un hospital público peruano frente a la pandemia por COVID-19

Raul Montalvo\*<sup>ID</sup> Armida Rojas<sup>ID</sup>

<sup>a</sup> Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional del Centro del Perú, Huancayo, Perú

**\* Autor de correspondencia**  
otivo3@hotmail.com

**Citación**  
Montalvo R, Rojas A.  
Experiencia del personal médico de un hospital público peruano frente a la pandemia por COVID-19. *Medwave* 2022;22(S3):2602

**DOI**  
10.5867/  
medwave.2022.S3.2602

**Fecha de envío**  
Mar 30, 2022

**Fecha de aceptación**  
Aug 25, 2022

**Fecha de publicación**  
Nov 9, 2022

**Palabras clave**  
COVID-19, SARS-CoV-2,  
Resilience, health personnel

**Correspondencia a**  
Calle Anís 210 Urbanización  
Amelia Oyague Huancayo  
12004 Perú

## Resumen

La llegada de la enfermedad por el nuevo coronavirus (COVID-19) ha desafiado todos los sistemas de salud y puso en evidencia el precario sistema sanitario frente a enfermedades pandémicas. A pesar de esto, el personal médico ha demostrado la vocación de servicio y la fuerza laboral, aunque trabaje con insumos insuficientes, equipos médicos inadecuados, falta de camas de hospitalización, falta de personal y algunos fallezcan víctimas de esta enfermedad. Con este artículo pretendemos difundir las experiencias y la capacidad del personal médico para vencer estas adversidades, la adaptación positiva a estas situaciones traumáticas, utilizar y modificar todas las herramientas disponibles ante la falta de ventiladores mecánicos que lograron mitigar la progresión de la enfermedad.

## IDEAS CLAVE

- ♦ Junto con la preparación profesional, la resiliencia del personal médico fue el factor más importante para vencer la pandemia de COVID-19.
- ♦ El personal médico demostró su capacidad de adaptación positiva y superación frente a las circunstancias traumáticas ocasionadas por esta emergencia sanitaria.
- ♦ Este artículo expone las experiencias de un hospital de referencia peruano ante la pandemia de COVID-19, las que pueden ser comparadas con otras realidades semejantes en América Latina.

## INTRODUCCIÓN

Cuando se reportaron los primeros casos de la enfermedad por el nuevo coronavirus de 2019 (COVID-19) en China, se asumió que este virus probablemente no llegaría a Sudamérica, como sucedió con el síndrome respiratorio agudo grave (SARS) en el año 2003 [1]. Algunas semanas después se evidenció la alta velocidad de propagación mundial de este nuevo virus, la agresividad particular y la sobre demanda asistencial generada en un tiempo muy corto. Esto ocasionó el colapso del sistema sanitario reflejado en la falta de camas en las unidades de cuidados intensivos (UCI) en países como Italia, Francia, España, Reino Unido, Alemania y Estados Unidos [2].

Estos reportes, pusieron en alerta sanitaria a todo el personal del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo, ubicado en el centro de Perú. Este es un establecimiento de referencia encargado de la atención de pacientes mayores de 18 años con problemas clínicos y quirúrgicos. El servicio de infectología preparó la guía de medidas de prevención y tratamiento de COVID-19, basados en el consenso chino sobre el manejo de los pacientes infectados con coronavirus causante del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2). Esta guía recomendó el uso de paracetamol, hidroxiquina y corticoides [3], posteriormente se retiró la hidroxiquina por su insuficiente evidencia.

## ABORDAJE AL INICIO DE LA PANDEMIA

El personal de salud encargado preparó el plan de trabajo, y lo presentó a la dirección del establecimiento. Este incluyó el requerimiento de recursos humanos, insumos, equipamiento e infraestructura, peticiones que no fueron respondidas en un primer momento. Dos semanas después, un representante del Ministerio de Salud visitó nuestro establecimiento por cuenta propia, dadas las características geográficas y de infraestructura. En esta primera reunión con la dirección se comunicó que nuestro hospital, que cuenta con cerca de 200 camas de internamiento, sería el centro de atención exclusiva para pacientes con COVID-19. Para ese momento, ya se habían reportado algunos

casos de COVID-19 en países vecinos como Argentina, Brasil, Chile y Colombia.

Con los antecedentes de esta enfermedad en otros países, y por el miedo de contagio al resto de pacientes no COVID-19, se habilitaron cuatro unidades adicionales de internamiento cada una con 12 camas exclusivas para pacientes COVID-19. Estas unidades fueron ubicadas en los ambientes del local antiguo, aislada del resto, el cual era usado para labores administrativas y preventivas. Estos ambientes contaban con escasos canales de oxígeno, por lo que se colocaron balones de oxígeno al lado de cada cama. En uno de estos ambientes se inició la implementación de cuatro camas para la atención de pacientes críticos con ventilador mecánico.

En ese momento el personal médico asumió que las 48 camas de hospitalización iban a soportar la primera batalla contra este virus, debido a que para la pandemia de influenza AH1N1 bastaron 24 camas. Por otro lado, en España reportaban que hospitales enteros no eran suficientes para cubrir la demanda. Al mismo tiempo, recomendaban el uso de lopinavir/ritonavir [4], fármacos que nunca llegaron a usarse, pero que dieron pie a modificar nuevamente las guías de manejo.

Paralelamente, un paciente informó a la prensa que el Ministerio de Salud demoró dos semanas en comunicarle que era el primer caso de COVID-19 en Perú. Esto hizo que el presidente de la república declarara el estado de emergencia sanitaria nacional y ordenó el confinamiento domiciliario obligatorio para todas las personas de Perú, excepto para el personal médico y policial.

El problema se suscitó con la llegada de la primera paciente al hospital. Fue una técnica de enfermería procedente de un centro de salud periférico, que ingresó con 80% de saturación de oxígeno, tiraje subcostal y cianosis distal. Luego de administrar oxígeno permanente, solicitamos una radiografía de tórax, pero el personal de rayos x se negó a trasladar a la paciente a sus instalaciones por el temor de contaminar sus ambientes (no se contaba con tomografía). Luego se solicitaron muestras de laboratorio pero ocurrió lo mismo, el personal de laboratorio no quería recibir sus muestras por riesgo de diseminación del virus.

Después de solucionar estos primeros problemas y estabilizar a la paciente, salimos a recibir los alimentos, pero no permitieron

nuestro ingreso al comedor con el reclamo de que estábamos trasladando el virus. Se tuvo que implementar un comedor cerca de las unidades de hospitalización COVID-19, sin salir del local antiguo. Al día siguiente se iniciaron las reuniones de sensibilización a cada jefatura de servicio, iniciándose el protocolo de desinfección y de bioseguridad elaborado por el Ministerio de Salud y modificado previamente por el equipo de salud, de acuerdo a la situación actual del hospital.

La paciente fue tratada como caso probable debido a la presencia de síntomas respiratorios, radiografía de tórax que mostraba patrón intersticial bilateral y en los exámenes de laboratorio evidenciaba linfopenia e incremento de deshidrogenasa láctica. Los balones de oxígeno eran trasladados a la cama de la paciente cada seis horas debido al alto consumo de oxígeno. Cuando finalmente terminaron de adaptar camas con ventilador mecánico y monitores en los mismos ambientes del local antiguo, la paciente se negó a ingresar al ventilador mecánico, a pesar de presentar estrés respiratorio. Para asombro de todos, la paciente fue mejorando y finalmente después de 21 días salió de alta. En el día 10 de internamiento llegó el resultado molecular de Lima que confirmó el caso de COVID-19. La demora de los resultados fue por problemas en el traslado de las muestras a otra ciudad, debido al periodo de confinamiento estricto.

Cada vez que el personal médico terminaba el turno hospitalario tenía que descartar todo su equipo de protección personal, en cumplimiento de las normas de bioseguridad del Ministerio de Salud. Este consistía en un mandilón, el overol, el pantalón, la camisa, los dos pares de guantes, las botas, la gorra, la mascarilla N95 y la mascarilla quirúrgica. Lo que no se descartaba era reutilizado. Este tipo de ropa ocasionaba gran sudoración y dificultaba los procedimientos por la opacidad de la careta facial ocasionada por el aire exhalado. Estos insumos eran para un turno de 24 horas, por lo que si volvían a ingresar usaban la misma ropa.

El ingreso a los ambientes de la residencia médica no nos estaba permitido, debido al miedo de contagio del resto del personal que todavía no atendía a pacientes con COVID-19. Nuevamente se argumentaba que nosotros estábamos trasladando el virus. Por esta razón se implementaron áreas de descanso en el mismo ambiente de COVID-19.

En las siguientes semanas fueron llegando de dos a tres pacientes por día. Varios de ellos eran policías o comerciantes, hasta que ocuparon las dos unidades de hospitalización. Aún se contaba con dos unidades más, sin embargo, ya se habían ocupado las cuatro camas de la unidad de cuidados intensivos implementadas en ese mismo ambiente. En consecuencia, se empezaron a habilitar las camas del local nuevo. El personal que trabaja en esa área se negaba a estos cambios por el miedo inicial.

El personal médico mayor de 60 años o con alguna comorbilidad fue enviado a casa, en cumplimiento a una resolución del Ministerio de Salud. Esta ausencia laboral representó el 40% de todo el hospital. Algunos mencionaban patologías como enfermedad pulmonar obstructiva por reflujo, asma y otros solicitaban licencia sin goce de remuneración. Los internos de medicina

volvieron a sus casas y los residentes de medicina se negaron a ingresar a los servicios de COVID-19. Finalmente, solo quedamos el 30% del personal asistencial. Muchos se negaron a trabajar en las unidades de COVID-19 por miedo a la infección y otros renunciaron al trabajo.

## SE AGUDIZA LA CRISIS

Una mañana llegaron 20 pacientes procedentes de un centro de reclusión (penal) con alto requerimiento de oxígeno. Muchos recibían 15 litros por minuto de oxígeno, algunos con criterios de ingreso a ventilador mecánico, ocupando en su totalidad las dos últimas unidades de COVID-19 del local antiguo. Los balones de oxígeno se agotaban rápidamente, algunos de ellos fallecieron a las pocas horas de su ingreso por falta de apoyo ventilatorio. Nos mencionaron que había más pacientes en el penal y que iban a ser enviados al día siguiente.

La jefatura de enfermería informó que no tenía personal, porque varias enfermeras llamaron comunicando que presentaban síntomas respiratorios. El jefe de mantenimiento informó que no había más balones de oxígeno. Debido a esto, teníamos que compartir un balón de oxígeno para dos pacientes confeccionando un sistema artesanal en T a partir de una llave de triple vía y el personal médico trasladaba estos balones de mucho peso de un paciente a otro. Las pruebas confirmatorias eran realizadas en otra ciudad y los resultados demoraban siete días en llegar. Los casos eran manejados por sospecha clínica y radiográfica. La prueba rápida de inmunocromatografía (tira reactiva) que reaccionaba a la inmunoglobulina M o G (IgM o IgG) daba falsas perspectivas a los pacientes cuando estos eran negativas. Para ese momento no llegaban los requerimientos solicitados, no teníamos médicos, enfermeras ni tecnólogos médicos.

Durante esa noche se abrieron más servicios de internamiento, esta vez en el edificio nuevo. Los médicos de otras especialidades como gastroenterólogos, geriatras, médicos internistas, neurólogos, dermatólogos y médicos generales de áreas administrativas, capacitados por los médicos infectólogos, se sumaron a la atención de estas ocho unidades adicionales de internamiento. Todo ello era insuficiente, porque llegaron más y más pacientes. Ante esto, capacitamos e incentivamos a los médicos de las áreas quirúrgicas para la atención de estos pacientes con SARS-CoV-2. Así, oftalmólogos, cirujanos, neurocirujanos y traumatólogos ingresaron a atender a los pacientes infectados. Algunos salían llorando al ver a las personas en muy mal estado general y no contar con camas de cuidados intensivos. Cuando se habilitó un servicio de unidad de cuidados intensivos con 18 camas en un centro de salud dedicado a la atención primaria antes de la pandemia y que quedaba a 30 minutos de distancia, fue ocupado en su totalidad de inmediato. Muchos pacientes fallecían en el traslado, debido a la inestabilidad que producía el movimiento. Esta área fue atendida al cien por ciento por médicos de emergencia, medicina interna y anestesiología, debido a la falta de médicos intensivistas. Los

pacientes elegidos para el ingreso a la unidad de cuidados intensivos generalmente eran los de menor edad.

Para este momento los 14 servicios de internamiento con 12 camas cada uno, exclusivos para pacientes con COVID-19 (168 camas) estaban ocupadas en su máxima capacidad. Además, en el área de triaje diferenciado no había espacio por donde transitar. Los pacientes esperaron sentados en el suelo, algunos traían colchones, otros llevaron sillas reclinables. Algunos fallecían esperando alguna cama de hospitalización.

## ACTOS EXTREMOS EN MEDIO DE LA CRISIS

Se llegó a un punto donde los médicos que ingresaron a laborar a triaje, renunciaron de inmediato al ver la cantidad de pacientes graves. Algunos llamaron llorando, indicando que ya no podían más y dejaban el hospital. Muchos médicos ingresaron a laborar con pañal descartable para no acudir al servicio higiénico, evitar la contaminación y ganar el máximo tiempo posible, o bien tomaban un buen desayuno para no salir a almorzar. Otros no tomaban líquidos para evitar acudir al servicio higiénico.

No había balones de oxígeno para la apertura de más camas. Por momentos, la presión de oxígeno era insuficiente en las unidades de cuidados intensivos y de internamiento. Esta situación se agudizó cuando se abrieron 10 camas en la unidad de cuidados intensivos dentro del hospital. Llegó así el punto más alto de pacientes en la primera ola. Al término de esta, el 40% del personal médico y 60% del personal de enfermería enfermó de COVID-19 y se tuvo que cubrir todos los servicios con el poco personal que quedaba de pie. Algunos días un solo médico tenía que cubrir hasta cinco unidades.

Cabe recordar que no había internos ni residentes de medicina que en épocas de pre pandemia se encargaban de confeccionar las historias clínicas, realizar las evoluciones diarias y los procedimientos. Sin embargo, sucedió algo sorprendente: el personal médico convalciente que iba recuperándose solicitó continuar laborando en COVID-19. Algunos estaban en duelo por la pérdida de familiares por esta enfermedad y aun así permanecían trabajando. Con ello se demostraba la vocación de servicio y la fortaleza del personal médico frente a esta pandemia.

Los médicos residentes de medicina finalmente ingresaron a laborar a los servicios COVID-19. Llegó el presupuesto para contratar más personal médico, pero no había disponibilidad de médicos especialistas por lo que se tuvo que contratar médicos generales y enfermeras recién egresadas sin título profesional. A esta altura, trabajábamos con pruebas antigénicas que apoyaron mejor los diagnósticos y comenzamos a administrar ivermectina debido a la norma nacional aprobada por el Ministerio de Salud de Perú [5]. Este medicamento rápidamente se agotó en el mercado por lo que se tuvo que utilizar ivermectina de uso veterinario, como hacíamos en estrogiloidiasis sistémica. A ello se sumó el que, a la postre, no se encontró evidencia, razón por la cual dejó de recomendarse.

Ante la falta de camas en la unidad de cuidados intensivos, empezaron a utilizarse los sistemas de alto flujo no invasivo, como el casco Helmet, cánula nasal de alto flujo, mascarillas de alto flujo y sistema Wayrachi, con poca mejoría. Finalmente, comprobamos que la adaptación de la máscara de buceo snorkel con la conexión de Charlotte y válvula *peep* con doble ingreso de oxígeno, logró la mejoría de un número importante de pacientes. Empezamos a utilizar plasma fresco de pacientes convalcientes por algunos estudios que mostraban beneficios; mientras otros medicamentos como tocilizumab no lograron su objetivo de mejorar al paciente, cambiándose nuevamente la guía de tratamiento.

Muchos familiares esperaban en la calle suplicando alguna cama de la unidad de cuidados intensivos para sus parientes. Durante todo este tiempo la información a los familiares fue por llamada telefónica de los propios celulares de cada médico de turno. A raíz de esto, en algunos casos se produjeron llamadas de hostigamiento, e incluso de amenazas. Felizmente, el número de casos empezó a disminuir en forma progresiva. Perú fue uno de los países con mayor mortalidad a nivel mundial.

## SEGUNDA OLA

Así se culminó la primera ola de esta pandemia. Mientras se esperaba la segunda ola, llegó el ansiado tomógrafo, las pruebas moleculares empezaron a realizarse en Huancayo, se contaba con personal médico con experiencia en el manejo de pacientes infectados, con pruebas antigénicas rápidas y generadores de oxígeno. Nuevamente se actualizó la guía de tratamiento, incluyendo la transfusión de plasma de pacientes convalcientes, el uso de máscaras CASMON (por las siglas de los doctores Castro y Montalvo quienes adaptaron este dispositivo tipo snorkel) en pacientes con alto riesgo, se retiró el uso de ivermectina y se restringió severamente el uso de antibióticos.

Aparentemente estábamos mejor preparados. Algunos recomendaban reabrir la atención general. Ante esto nos mantuvimos firmes en nuestra negativa. Apareció la variable delta, una nueva mutación del SARS-CoV-2, y con ello la segunda ola fue de crecimiento más acelerado. Nuevamente se ocuparon los 14 servicios de internamiento. Dos servicios fueron para pacientes con sistemas de alto flujo de tipo snorkel modificado denominados CASMON [6] (Figura 1). Ahora contábamos con dos servicios de unidades de cuidados intensivos, una que quedaba a 30 minutos del hospital con 18 camas y la otra dentro del establecimiento con 10 camas.

En esta segunda ola se observó que los pacientes llegaron más graves, algunos en estado pre mortem otros con saturación de 40% [7]. En el punto máximo de casos cayó nuevamente la presión de oxígeno por los múltiples puntos y por el alto requerimiento de los pacientes. Nuevamente colapsó la atención en triaje diferenciado. Muchos esperaban algún punto libre de oxígeno, otros llegaron con generadores de oxígeno propio. Los insumos de sedación como fentanilo, midazolam, rocuronio estaban desabastecidos en las farmacias, haciendo que los

**Figura 1.** Personal médico optimista mostrando las máscaras Castro-Montalvo (CASMON), snorkel modificado, en la unidad de hospitalización de alto flujo.



Fuente: oficina de comunicaciones del Hospital Carrión, Huancayo, Perú.

médicos utilizarán diazepam y morfina para mantener a los pacientes acoplados al ventilador mecánico. Otra vez, el sistema de salud peruano se puso de rodillas frente al SARS-CoV-2.

Llegaron las vacunas, con lo que la infección en personal de salud fue más leve pero continuaban con descanso médico por 14 días, teniendo que ser cubiertos rápidamente por otro colega. En esta segunda ola se evidenció la falta de camas en la unidad de cuidados intensivos por la alta estancia hospitalaria y por la gravedad de los pacientes que llegaron muy tarde a recibir atención médica. También, debimos enfrentar la agresión física de familiares a algunos médicos tratantes. El máximo de la segunda ola duró dos meses. Esta vez se tuvo que lidiar con la falta de insumos, falta de oxígeno y nuevamente la falta de camas de la unidad de cuidados intensivos.

El gobierno local emitió una directiva invitando a los trabajadores que recibieron dos dosis de la vacuna a retornar a sus labores asistenciales (la vacuna administrada fue Sinopharma BBIBP). Después de reingresar a la labor asistencial algunos fallecieron por esta enfermedad. Esto motivó la suspensión del retorno y el Ministerio de Salud aprobó la tercera dosis de la vacuna, esta vez con BioNTech Pfizer, que disminuyó la mortalidad en pacientes con factores de riesgo para desarrollar la enfermedad severa [8,9]. Al final de la segunda ola, la mortalidad fue similar a la primera.

Durante todo este tiempo, en nuestro país hubo muchos cambios políticos: tres presidentes de la república, cinco ministros de salud y en el hospital cuatro directores pasaron a dirigirnos. Tal vez esta inestabilidad política hizo que Perú fuera catalogado como uno de los países con mayor mortalidad.

A pesar de que los trabajadores de la salud experimentaron agotamiento emocional, estrés, ansiedad, síntomas depresivos y tener la posibilidad de infectar a sus familias [10]; mostraron la capacidad de adaptarse positivamente a la adversidad, Esto fue

el factor más importante para vencer esta pandemia lo que, unido al sentido de la vocación en el trabajo, podría explicar por qué estábamos listos emocionalmente para la siguiente ola de casos.

## RECOMENDACIONES PARA FUTURAS PANDEMIAS

Ante una pandemia la totalidad de los establecimientos de salud de todos los niveles y de todas las instituciones, deben atender directamente a los pacientes afectados. Asimismo, se debe potenciar el plan de atención de “hospital seguro”, de acuerdo a su capacidad resolutive y selección adecuada de pacientes. Debe implementarse al máximo todos los establecimientos, seguro social, público, policial, militar, postas y centros de salud. Por ello insistimos: debe implementarse al máximo todos los establecimientos, seguro social, público, policial, militar, postas y centros de salud.

Además, se sugiere no implementar unidades lejanas del establecimiento de salud, debido al manejo multidisciplinario que se requiere y a la alta mortalidad observada.

Por último, es fundamental el fortalecer continuamente los sistemas de salud con insumos, equipamiento, generadores de oxígeno, personal de salud e infraestructura en épocas de no pandemia.

## Notas

### Autoría

RM y AR: conceptualización, validación, análisis formal, investigación, escritura- primera redacción, escritura, revisión y edición.

### Conflictos de intereses

Los autores completaron la declaración de conflictos de interés de ICMJE y declararon que no recibieron fondos por la realización de este artículo; no tienen relaciones financieras con organizaciones que puedan tener interés en el artículo publicado en los últimos tres años y no tienen otras relaciones o actividades que puedan influenciar en la publicación del artículo. Los formularios se pueden solicitar contactando al autor responsable o al Comité Editorial de la Revista.

### Financiamiento

El estudio fue autofinanciado por los autores.

### Origen y arbitraje

No solicitado en respuesta a COVID-19 Memorias Panamericanas: Convocatoria de Manuscritos. Con revisión externa por tres pares revisores a doble ciego.

### Idioma del envío

Español.

## Referencias

1. Sanyaolu A, Okorie C, Marinkovic A, Patidar R, Younis K, Desai P, et al. Comorbidity and its Impact on Patients with COVID-19. *SN Compr Clin Med*. 2020;2: 1069–1076. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32838147/> <https://doi.org/10.1007/s42399-020-00363-4>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Weekly Operational Update on COVID-19. 5 Jan 2021. <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---5-january-2021>
3. Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi. Multicenter collaboration group of Department of Science and Technology of Guangdong Province and Health Commission of Guangdong Province for chloroquine in the treatment of novel coronavirus pneumonia. 2020;43. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32164085/> <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.1001-0939.2020.0019>
4. Ministerio de la Sanidad, España. Documento técnico Manejo clínico del COVID-19: tratamiento médico. 2020. [https://www.semg.es/images/2020/Coronavirus/20200319\\_Protocolo\\_manejo\\_clinico\\_tto\\_COVID-19.pdf](https://www.semg.es/images/2020/Coronavirus/20200319_Protocolo_manejo_clinico_tto_COVID-19.pdf)
5. MINSA. Norma Técnica para el Manejo de Personas Afectadas por COVID-19 en los Servicios de Hospitalización, aprobada por Resolución Ministerial N° 1366-2021. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/2616485-1366-2021-minsa>
6. Montalvo R, Castro E, Chavez A. Alternative to traditional noninvasive ventilation using A modified snorkel mask in A patient with SARS-COV2: A case report. *Can J Respir Ther*. 2021;57: 18–21. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33585674/> <https://doi.org/10.29390/cjrt-2020-039>
7. Suárez Alejandro MD, Castro Espejo JJ, Meza Veliz DC, Vila Paucar KD, Rivera Pizaro G, Montalvo R, et al. Comparación de las características clínicas de la primera y segunda ola por COVID-19 en un hospital público de Perú. *BMSA*. 2022;62: 24–31. <http://iaes.edu.ve/iaespro/ojs/index.php/bmsa/article/view/419/621> <https://doi.org/10.52808/bmsa.7e6.621.004>
8. Retamozo Cárdenas F, Montalvo R, Ricaldi O, Montalvo M, Ninahuanca C, Ochoa S, et al. Exceso de grasa visceral asociado a severidad de COVID-19, cuantificado por bioimpedancia. *BMSA*. 2022;62: 32–38. <http://iaes.edu.ve/iaespro/ojs/index.php/bmsa/article/view/420/622> <https://doi.org/10.52808/bmsa.7e6.621.005>
9. Chemali S, Mari-Sáez A, El Bcheraoui C, Weishaar H. Health care workers' experiences during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Hum Resour Health*. 2022;20. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35331261/> <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00724-1>
10. Shreffler J, Petrey J, Huecker M. The Impact of COVID-19 on Healthcare Worker Wellness: A Scoping Review. *West J Emerg Med*. 2020;21: 1059–1066. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32970555/> <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.7.48684>

# Experience of the medical personnel of a peruvian public hospital in the face of the COVID-19 pandemic

## Abstract

The arrival of the new coronavirus disease (COVID-19) has challenged and exposed the precarization of health systems in the face of pandemic diseases. Medical personnel has demonstrated their commitment to service and workforce force, despite having inadequate medical equipment, supplies, hospital beds, and personnel, not to mention the risk of being victims of this disease. With this article, we aim to share the experience and capabilities of the medical staff to overcome adversities: their resilience and resourcefulness in the face of traumatic situations, and using and modifying any available equipment in the absence of mechanical ventilators to mitigate the progression of the disease.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.