Descargado el: 13-11-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ESPECIAL

La convalecencia. Algunos comentarios a propósito de la covid-19

Convalescence. Some comments about COVID-19

Alfredo Darío Espinosa Brito[1] Alfredo Alberto Espinosa Roca[2]

[1] Hospital GeneraL Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba
[2] Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Espinosa-Brito A, Espinosa-Roca A. La convalecencia. Algunos comentarios a propósito de la covid-19. **Medisur** [revista en Internet]. 2021 [citado 2026 Nov 13]; 19(3):[aprox. 13 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5010

Resumen

La convalecencia es la última etapa de la “historia natural de una enfermedad” –si no ocurre la muerte- y con frecuencia no se le presta toda la atención, por lo que no es ocioso revisitar algunos de sus conceptos básicos. Una vez transcurrido un año del inicio de la pandemia inédita del SARS-CoV-2, la mirada se ha vuelto a esta etapa evolutiva de los enfermos y a la identificación y seguimiento de manifestaciones clínicas y posibles secuelas. Con el propósito de profundizar en la importancia de esta etapa en enfermos de COVID-19 y precisar sus características principales, se llevó a cabo este trabajo para contribuir a su mejor comprensión con información actualizada y favorecer los resultados en su manejo. Se abordan los conceptos de alta clínica y alta epidemiológica y la necesidad de valoración del diagnóstico previo. Se insiste sobre los factores que pueden influir en la convalecencia: las características propias de cada persona (biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales); el “estado de gravedad” que tuvo el paciente en la fase aguda de la enfermedad y si hubo necesidad de ingreso en cuidados intensivos; los efectos adversos de medicamentos y otros procederes llevados a cabo durante su atención y las comorbilidades.

Palabras clave: convalecencia, infecciones por coronavirus

Abstract

Convalescence is the last stage of the "natural history of a disease" - if death does not occur - and it is often not given full attention, so it is not idle to review some of its basic concepts. One year after the onset of the unprecedented SARS-CoV-2 pandemic, the gaze has turned to this evolutionary stage of the patients and to the identification and monitoring of clinical manifestations and possible effect. With the purpose of deepening the importance of this stage in COVID-19 patients and specifying its main characteristics, this work was carried out to contribute to its better understanding with updated information and favor the results in its management. The concepts of clinical discharge and epidemiological discharge and the need to assess the previous diagnosis are addressed. It insists on the factors that can influence convalescence: the characteristics of each person (biological, psychological, social, cultural and spiritual); the "state of seriousness" that the patient had in the acute phase of the disease and whether there was a need for admission to intensive care; adverse effects of medications and other procedures carried out during care and comorbidities.

Key words: convalescence, coronavirus infections

Aprobado: 2021-05-12 15:43:30

Correspondencia: Alfredo Darío Espinosa Brito. Hospital GeneraL Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. Cuba. alfredo_espinosa@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

...del gran fervor por lo nuevo y el desagrado por lo antiguo; de anteponer la información al conocimiento y a la sabiduría, la ciencia al arte y la habilidad al sentido común; de tratar a los pacientes como casos y hacer que la curación de la enfermedad sea más penosa que el sufrimiento de la misma, líbranos Dios mío...

Sir Robert Hutchinson

Aunque se informan convalecencias con una recuperación prácticamente total en pocas semanas en la mayoría de las personas infectadas con el SARS-CoV-2 que han estado asintomáticos u oligoasintomáticos, especialmente cuando son jóvenes o de edades medias y sin comorbilidades serias, es preocupante la variedad de síntomas de cualquier sistema corporal que pueden afectar en esta etapa a un determinado número de personas e, incluso, provocar graves efectos a largo plazo. La proporción de manifestaciones clínicas y posibles secuelas que se han comunicado es muy variable y depende mucho de las características individuales de los enfermos que componen las diferentes series de casos, de los diseños de los estudios realizados, de los lugares y escenarios clínicos, por lo que el seguimiento de los pacientes se recomienda por un tiempo largo.

No existen marcadores específicos que permitan predecir en qué pacientes aparecerán las secuelas, ni tampoco qué tratamientos emplear para evitarlas. El Ministerio de Salud Pública de Cuba ha incluido en el Protocolo Cubano de actuación nacional para el enfrentamiento a la COVID-19, un capítulo detallado para el manejo del paciente convaleciente desde la Atención Primaria de Salud. Se ratifica que ante esta nueva enfermedad emergente, hay que atender con cautela y sistematicidad la evolución de los pacientes, con especial interés la etapa de la convalecencia.

El propósito central de esta comunicación es profundizar en la importancia de esta etapa en los enfermos que han estado infectados con el nuevo coronavirus SARS-COV-2 y en las características de la misma, para contribuir a su comprensión y favorecer los mejores resultados.

DESARROLLO

I. La convalecencia

En las ediciones periódicas de los textos más importantes de Medicina Clínica multiautorales que han visto la luz a partir de la segunda mitad del siglo XX, se describe habitualmente una serie de epígrafes en cada una de las diferentes entidades nosológicas que allí se tratan. Entre los más reiterados: concepto, etiología, patogenia, fisiopatología, epidemiología, manifestaciones clínicas, diagnóstico, clasificación, evolución, pronóstico y tratamiento. Pero, además de que los tópicos relacionados directamente con la clínica en sí se expresan cada vez de forma más resumida -a la vez que se incrementan los contenidos relacionados con los avances indiscutibles en la etiopatogenia, las tecnologías sofisticadas de diagnóstico y tratamiento, así como las terapias más novedosas-, hay asuntos que, generalmente, o se tratan de manera superficial, o al parecer se dan por sabidos, para que cada cual los asuma en la práctica "a su manera, según su saber o su experiencia personal". ¡En los propios libros de clínica![1,2,3] Una de esas temáticas es la **convalecencia**.

Sin embargo, recuerdo una frase que escuché a varios de mis "viejos" profesores de Clínica durante mis años de estudiante de medicina: "La convalecencia es otra enfermedad",[4] con la intención de enfatizar la idea de que esta etapa requiere también de vigilancia y cuidados.

La palabra *convalecencia* proviene del vocablo latino *convalescere*, cuyo significado es "recobrar las fuerzas perdidas por una enfermedad".[5] También se ha conocido como "etapa de restablecimiento o recuperación.[[a]]Este período va desde la desaparición de los síntomas principales de cualquier padecimiento hasta alcanzar una "nueva salud" de forma gradual. Durante este tiempo el paciente puede estar en su domicilio y realizar visitas a su médico, o también ser visitado por él allí en su casa, o continuar ingresado en una institución.

En épocas anteriores, la convalecencia en los sobrevivientes de enfermedades infecciosas graves –especialmente durante las epidemias - fue motivo no solo de descripciones clínicas extensas –ya hoy más escuetas-, sino incluso, inspiración de creaciones, como obras de arte. (Figuras 1 y 2).



Fig. 1. "Convalecencia de Sta. Teodora Suárez" (1473) de Ercole Ferrarese. Foto tomada de Internet.



Fig. 2. Una mujer convaleciente. Foto de Paolo Monti, tomada de Internet.

En la que se conoce como “historia natural de la enfermedad”, la recuperación de la salud es la última etapa. [[b]] El denominado período clínico puede revertirse con una curación completa o restitución total al estado de salud que la persona tenía anteriormente (*restitutio ad integrum* se decía tradicionalmente cuando desaparecían completamente tanto las alteraciones morfológicas como funcionales ocasionadas por la enfermedad). Pero esto no siempre se logra. A las pérdidas o alteraciones, que perduran después de que el individuo ha rebasado el período clínico de la enfermedad –siempre que la gravedad de esta no haya llevado al paciente a la muerte-, se les denomina **secuelas**. (Tabla 1). [b]

Tabla 1. Etapas en el paso de la salud a la enfermedad[b]

SALUD	
1. Agente etiológico o noxa (de origen biológico, físico, químico, psicosociocultural)	
2. Proceso activo de adaptación del organismo, que no se exterioriza	Período de incubación
3. Proceso activo de adaptación del organismo, que se descubre sólo por medio de estudios médicos	Período preclínico
4. Aparición de los primeros síntomas y/o signos	Período clínico o de estado
ENFERMEDAD	
5. Restitución integral de la salud, sin secuelas	
6. Restitución de la salud, con secuelas transitorias	Restitución o recuperación de la salud
7. Restitución de la salud, con secuelas permanentes	
MUERTE	

Tomado de Historia natural de la enfermedad. Etapas en el pasaje de la salud a la enfermedad. Disponible en: https://bioamerica6.jimdofree.com/epls-lec-3-historia-natural/

A partir de experiencias propias de largos años de práctica profesional, el autor de estos párrafos considera que a la convalecencia como tal, ni los médicos, ni otro personal del equipo de salud –salvo contadas excepciones-, le presta siempre una adecuada atención en la *vorágine* asistencial de la vida real cotidiana. Por otra parte, la convalecencia siempre queda como "implícita" al tratar los diferentes problemas de salud en los programas de estudio de pre y posgrado de las carreras de ciencias médicas y su explicación detallada casi que queda al arbitrio de los profesores y de compartir experiencias prácticas con otros colegas, por lo que en no pocas ocasiones no se trata a profundidad en cada situación clínica.

Como resultado, no siempre se orienta, de manera amplia, ni se brinda la oportunidad a los pacientes o a sus allegados de aclarar todas las preguntas que pudieran tener relacionadas con su futuro inmediato (y mediato), ni se explican suficientemente sus particularidades a los educandos en los escenarios docentes, ni se tienen muy en cuenta las peculiaridades de esta etapa, según las diversas características en cada caso, todo lo cual puede ser fuente de dudas e, incluso, llevar a errores en el restablecimiento de las personas, o afectar la adherencia a las recomendaciones y tratamientos indicados.[6]

Durante mucho tiempo se estableció para los enfermos ingresados en los hospitales, la denominada "reunión de alta", *realizada durante el pase de visita o inmediatamente a su terminación, presidida por el jefe del servicio o del grupo básico de trabajo, con todos los que participaron en la atención del enfermo, incluyendo los estudiantes,* en el caso de los hospitales docentes.[7] *Es la última impresión que se lleva el enfermo y sus familiares de la institución, en el momento del egreso hospitalario. En este paso se debe cuidar la ética al máximo. Cuando se realiza adecuadamente contribuye a mejorar la interrelación del hospital con la atención primaria (contra-referencia).*[8]

El seguimiento del paciente convaleciente

En general, el enfermo que ha estado hospitalizado prefiere que el médico (o el equipo de médicos) que lo atienda en la convalecencia sea el mismo que lo asistió en la fase aguda (dicen: "él, ella o ellos conocen bien mi enfermedad y lo que me ocurrió"). En otras palabras, el reclamo por la continuidad de la atención y la tan anhelada y preciada relación médico-paciente está hoy tan presente en las personas, como siempre. Sin embargo, es cada vez más difícil de lograr –en ocasiones imposible-, sobre todo cuando el enfermo ha estado hospitalizado, debido a la organización actual de los servicios médicos. Pero en no pocas oportunidades vemos como los pacientes se

empeñan y son capaces de "burlar" todas las indicaciones y regulaciones y llegan de una forma u otra hasta los que identifican como su(s) médico(s) de los momentos más problemáticos de su enfermedad o lesión.

En el caso de la atención ambulatoria, cuando se ha decidido dar el alta clínica al enfermo, es muy conveniente explicar también las características de la convalecencia, así como las recomendaciones más apropiadas para esta fase, según las circunstancias. En estas situaciones es más factible el seguimiento por el propio facultativo, pues en Cuba, nuestros médicos de familia y sus pacientes comparten ese privilegio en la Atención Primaria de Salud, lo que indiscutiblemente es muy valorado por los enfermos.

II. La convalecencia en los enfermos de la pandemia de SARS-COV-2

Una vez transcurrido ya un año del inicio de la pandemia del nuevo coronavirus SARS-CoV-2, la mirada se ha vuelto a esta etapa evolutiva de los enfermos, así como a la identificación y seguimiento de las posibles consecuencias –temporales o permanentes- de esta infección sistémica, por lo demás hasta ahora desconocidas. El *National Health System* Inglés estimó recientemente que el 45 % de pacientes hospitalizados en ese país necesitaron asistencia después de egresados y el UK *Covid Symptom Study* encontró que un número significativo de personas reportaron síntomas al mes y entre un 10 % y un 20 % refirieron complicaciones por tiempos más largos.[9,10]

Debido a lo anterior, y ante las lógicas preocupaciones por la evolución posterior de los enfermos diagnosticados por una entidad inédita, el Ministerio de Salud Pública de Cuba elaboró y diseminó un Protocolo de Actuación para el manejo adecuado del Paciente Convaleciente de COVID-19 desde la Atención Primaria de Salud, como tercer componente del Protocolo de Actuación Nacional para la COVID-19.[11,12]

El concepto de alta

Generalmente se denomina "alta" al procedimiento (y trámites) mediante el cual el médico (o el equipo médico) de asistencia le comunica a un paciente -que hasta entonces se encontraba ingresado en un hospital-, que puede regresar a su domicilio, asumiendo que sus manifestaciones clínicas han desaparecido o son mínimas y que ya no existen riesgos –al menos inminentes- para su evolución, por lo que se le permite que egrese de la institución para continuar con su recuperación en la casa. Asimismo, le informa de nuevas indicaciones y que ya no se verá con la regularidad con la cual lo venía haciendo. [13]

En nuestro país, al existir la indicación, desde el inicio de la pandemia de COVID-19, de que todos los enfermos diagnosticados con PCR positivos se ingresen en instituciones hospitalarias para su mejor atención, se ha equiparado –en estos casos- "alta clínica" con "alta hospitalaria". Lo indicado es entregarle al paciente un informe o resumen de la evolución de su enfermedad ("hoja de egreso"), que sirva como contra-referencia para su seguimiento posterior en la atención primaria de salud. Así, pudiera confundirse el concepto de "alta clínica" con el de "alta hospitalaria", muy similares aunque no totalmente iguales.

Por otra parte, en la pandemia de COVID-19 se ha tomado como criterio operativo el de "alta clínica" para diferenciarla de "alta epidemiológica" (basada esta última en los resultados negativos del PCR 14 días después del alta clínica, cuando se supone que ya la persona no ofrece peligro de contagiar a otros). Pero esto no quiere decir que el enfermo esté ya recuperado totalmente y no requiera continuidad de atención, máxime cuando la infección por el nuevo coronavirus es inédita y se conoce que distintas personas responden a este virus de manera muy diferente.

No rotule a su paciente. Revise su diagnóstico

Lo primero que el médico debiera plantearse siempre cuando asiste a un enfermo después de su alta -sobre todo si todavía se mantienen algunas manifestaciones clínicas-, es si acepta o no el diagnóstico realizado previamente –en este caso de COVID-19-, para explicar la evolución del enfermo, paso que debe efectuarse con la mayor ética posible y sin hacer partícipe al paciente jamás de cualquier expresión de duda. De ahí la justificación de mantener una interrelación adecuada hospital-atención primaria de salud, en los casos en que el período agudo de la enfermedad haya transcurrido en una institución hospitalaria. En la convalecencia –especialmente cuando el facultativo que sigue el enfermo posteriormente al alta no coincide con el que lo atendió en su fase aguda-, se pueden encontrar

nuevos elementos para ratificar o para rechazar el diagnóstico inicial, así como para identificar otras condiciones. También este paso es importante a la hora de determinar, con más calma, complicaciones o consecuencias de la propia enfermedad diagnosticada –en este caso inédita- a más largo plazo. Pero se insiste de nuevo en que se debe proceder con la máxima ética. Aquí son válidos aquellos consejos de Sir Robert Hutchinson a sus discípulos: "No confunda un rótulo con un diagnóstico", "No decaiga en su interés por el diagnóstico", "No esté demasiado seguro", "No esté apurado".[14]

"El estado posviral" o "Síndrome de fatiga posvírica"

La COVID-19 es una enfermedad viral, y se conoce que en el caso de las infecciones causadas por virus, se ha descrito el "estado posviral" o "síndrome de fatiga posvírica", caracterizado, sobre todo, por una astenia más o menos prolongada, que ocasiona preocupaciones en los pacientes, aun en los casos que llegan a una aparente "recuperación física" total.[10,15] Es frecuente que las quejas que refieren estos enfermos se atribuyan –muchas veces con razón por parte de ellos- a consecuencias psicológicas y se atribuyan a los más variados cuadros de la esfera mental (ansiedad, depresión, hipocondría, etc.).

Pero ojo, en algunas enfermedades infecciosas –como la ocasionada por el nuevo coronavirus- el enfermo puede encontrarse mejor clínicamente e incluso asintomático y mantenerse además infectante: convertirse en un **"portador"**, transmisor potencial de la infección. O también ¿pasar a una **forma crónica de una nueva entidad?** Estas son razones del porqué se necesita de un seguimiento de los pacientes hasta su "alta definitiva", o su incorporación a un plan de nuevas consultas. Es lo que hoy se ha denominado como continuidad de la atención, garantía de un seguimiento de calidad.

Otros factores relacionados con la convalecencia

En general, **la convalecencia puede sufrir muchas variaciones individuales,** donde las características propias de cada persona (biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales) influyen mucho en sus manifestaciones clínicas y en su duración, al igual que sucede durante las diferentes fases de su enfermedad. Son de considerar la gravedad del período clínico o de estado, el ingreso hospitalario –incluyendo si hubo necesidad de admisión en unidades de cuidados intensivos-, o el tratamiento ambulatorio o domiciliario, la necesidad de reposo prolongado o no, además de las condiciones específicas de cada enfermo, tales como: edad, estado previo de salud, nutrición anterior, inmunocompetencia, comorbilidades, tratamientos utilizados, entre otros factores que se deben valorar siempre en cada paciente.

La personalidad del enfermo

La **personalidad del enfermo** es un elemento muy importante a valorar cuando se le indica reposo y otras restricciones, así como las características socioculturales y espirituales de cada persona y sus familiares, especialmente cuando el período de recuperación se prolonga en el tiempo. Todo lo cual hay que tener presente a la hora de valorar quejas que pueden aparecer o mantenerse en este período, cuando los enfermos se lamentan con frecuencia de que no se les cree ni se les toma muy en cuenta y realmente "las sienten".

De nuevo vale la pena recordar algunos de los aforismos de Sir William Osler: "Si todos los pacientes fueran iguales, la medicina bien podría ser solo una ciencia y no un arte", "Es mucho más importante conocer qué paciente tiene la enfermedad que qué enfermedad tiene el paciente" y "El buen médico trata la enfermedad; el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad" [16,[c]]

El "estado de gravedad" que tuvo el paciente en la fase aguda de la enfermedad

Hay un elemento que influye mucho en las manifestaciones clínicas que posteriormente pueden presentar los enfermos en su etapa de restablecimiento, como ya se mencionó, y es el "estado de gravedad" que tuvo el paciente en la fase aguda de la enfermedad. Así, no debe ser la misma convalecencia la del que haya requerido cuidados intensivos, ni la del que haya tenido que estar hospitalizado por cierto número de días, que la del que pasó la etapa aguda con escasa (o ninguna) sintomatología e, incluso, de manera ambulatoria.

En los primeros reportes se aprecia que las secuelas de la COVID-19 son más frecuentes asociadas a pacientes graves o críticos. En el caso de la COVID-19, cada vez aparecen más

trabajos, con diferentes propósitos, tratando de estratificar los enfermos según la gravedad de su cuadro clínico ("*triage*" o cribado) en el período clínico o período de estado de la enfermedad lo que, además, permite definir la prioridad de su atención.[17,18,19]

Los enfermos que requirieron cuidados intensivos

En los **casos más graves**, que demandaron **cuidados intensivos** y, especialmente, entre los que recibieron **ventilación mecánica**, es frecuente que se presente el que se ha denominado "síndrome de post-cuidados intensivos" que, por supuesto, no se ve únicamente en los enfermos con COVID-19 que requirieron de estos cuidados. Este cuadro se caracteriza por una debilidad muscular ("debilidad adquirida en cuidados intensivos") y por una disfunción cognitiva, más otros problemas variados de salud mental. La debilidad muscular adquirida en cuidados intensivos es un problema común en los enfermos graves y críticos que ocurre en el 33 % de todos los pacientes ventilados, en el 50 % de los enfermos con sepsis graves y en los que tienen una estadía de al menos una semana en la UCI. Su recuperación total puede demorar hasta un año, lo que dificulta actividades de la vida diaria como vestirse, alimentarse, bañarse, caminar, más otras, habituales de la persona antes de enfermar.[10,20,21]

Entre el 30 % al 80 % de los enfermos egresados de Cuidados Intensivos experimentan dificultades con la memoria, la atención, la solución de problemas y la organización y desarrollo de tareas complejas. Algunos mejoran durante el primer año de egresados del hospital; otros pueden no recuperarse nunca totalmente.

También son frecuentes en estos pacientes otros síntomas mentales tales como insomnio, pesadillas frecuentes, malos recuerdos involuntarios, ansiedad, depresión, un cuadro compatible con el stress postraumático.[19]

Los efectos adversos de medicamentos y otros procederes

Otro factor que muchas veces queda "enmascarado" -si no se precisa bien el antecedente-, y que puede originar síntomas en esta etapa, es el relacionado con los efectos adversos del uso de medicamentos o las consecuencias negativas de procederes diagnósticos y/o terapéuticos empleados durante la fase aguda de la enfermedad. Esto cobra mayor trascendencia cuando se han empleado diversos medicamentos y procederes que no tienen previamente evidencias de la garantía de su seguridad a mediano o largo plazo, aprobados por las autoridades sanitarias ante emergencias de salud, algunos de ellos como "compasionales".[11,22]

Las comorbilidades

Adicionalmente, las personas que padecen de enfermedades crónicas o tienen alguna discapacidad funcional previa a la afección aguda, pueden presentar diferentes tipos de complicaciones de su enfermedad de base, que les ocasionarán mayor tiempo en recuperarse o, incluso, impedir la recuperación total del enfermo.[23] Entonces sería muy difícil determinar si las secuelas que se presenten son totalmente secundarias a la COVID-19, o si la infección por el coronavirus sería "el disparador" para la aparición de complicaciones propias de las enfermedades de base, en ocasiones, debidas también, al menos en parte, al abandono de un tratamiento continuado para estas, originado por el manejo prioritario de la propia COVID-19.[23]

Huellas de la pandemia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte sobre la preocupante variedad de síntomas que pueden cambiar con el tiempo y afectar cualquier sistema corporal. Este virus no solo mata, sino que a un determinado número de personas las aboca a graves efectos a largo plazo.

En la mayoría de las personas infectadas con el SARS-CoV-2, que han estado asintomáticos u oligoasintomáticos –estos últimos también conocidos como los que presentaron formas leves de la enfermedad-, cuando son jóvenes o de edades medias y sin comorbilidades serias, se informan convalecencias con una recuperación prácticamente total en pocas semanas. Pero se ha reportado que un número variable de pacientes notifican síntomas durante un mes después del alta y un grupo no despreciable de personas informan complicaciones durante más tiempo.[24] En ellos, diferentes síntomas e incluso varios síndromes pueden superponerse, lo que se ha dado en llamar por algunos como **"COVID prolongado" o "COVID largo" o "Viviendo con COVID-19"**.[10,25,26,27]

La proporción de enfermos con manifestaciones

clínicas y secuelas en la convalecencia que se ha comunicado es muy variable y depende mucho de las características individuales de los enfermos que componen las diferentes series de casos, de los diseños de los estudios realizados, los lugares y escenarios clínicos, pero es un aspecto a no descuidar, ya que se han descrito repercusiones serias sobre órganos importantes: pulmones, riñones, hígado, sistema nervioso, sangre, los más referidos. Este es un asunto no concluido, pues el seguimiento de los pacientes debe ser a largo plazo, por lo que con frecuencia aparecen nuevas descripciones, más en la época actual de tanta especialización y posibilidades de nuevas tecnologías para su detección y tratamiento.

El listado de síntomas, signos y síndromes que pueden persistir en el período de convalecencia de la COVID-19, especialmente en los que han tenido una enfermedad grave o crítica -la mayoría con factores de alto riesgo de padecerla--aunque no se excluyen los que han tenido formas leves ni inclusive los asintomáticos-, forman un *dossier* bien extenso e incluye la afectación de prácticamente todos los sistemas orgánicos. Estos son los pacientes que presentan una evolución más tórpida y prolongada, con síntomas y signos que persisten por más de cuatro semanas y que pueden ser atribuidos a la infección por COVD-19, con peligro de secuelas de diferente grado, que pueden ser de forma transitoria o permanente e irreversible.[25,26,27,28,29,30,31,32,33]

En la figura 3 hemos tomado prestado un excelente esquema publicado en la página de Salud del periódico Trabajadores, sobre las secuelas descritas con mayor frecuencia en los convalecientes de COVID-19.[25]

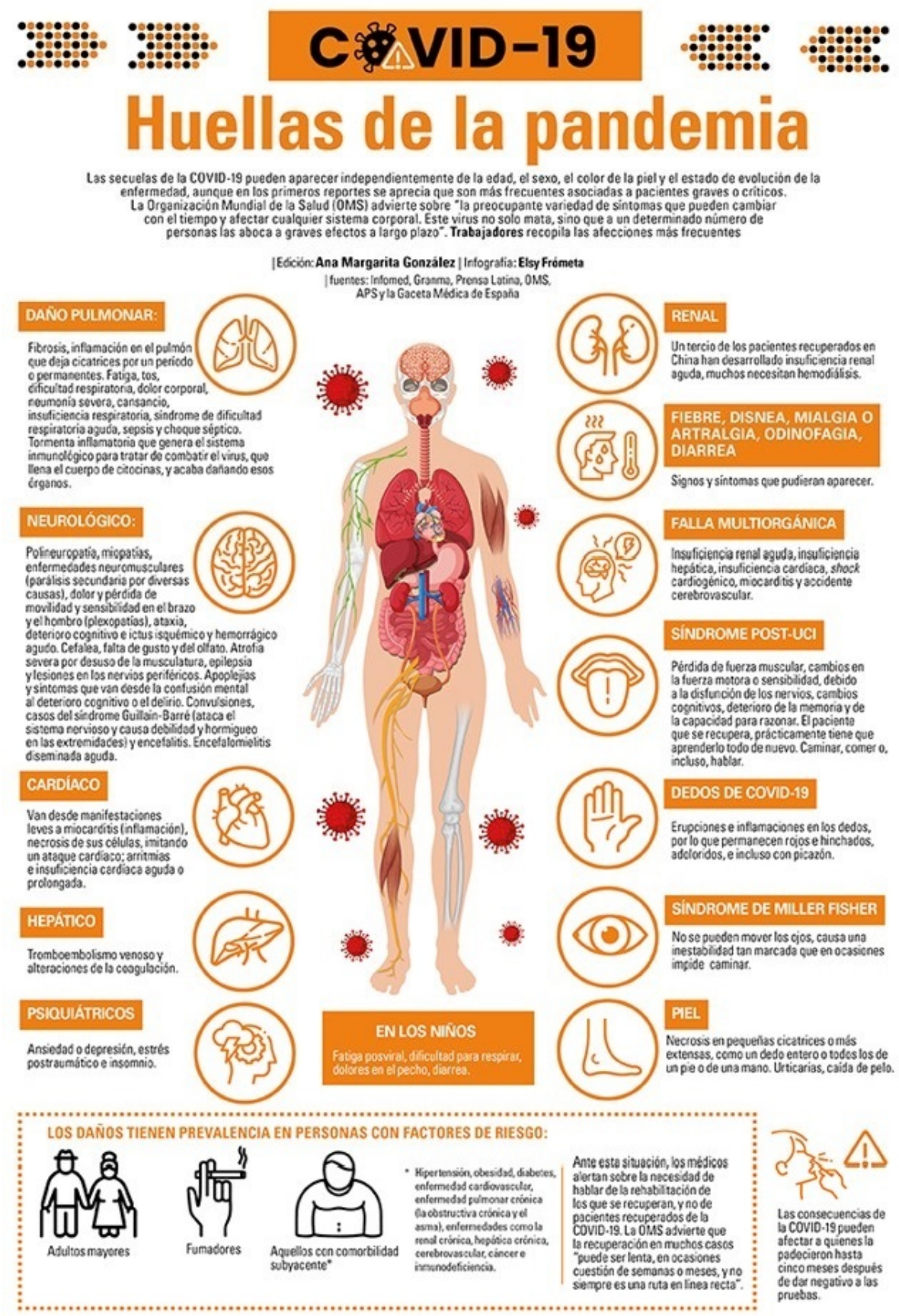


Fig. 3. Huellas de la pandemia de COVID-19

Por el momento no existen marcadores específicos que permitan predecir en qué pacientes aparecerán las diversas secuelas, ni tampoco qué tratamientos emplear para evitarlas.[25,26,28,34,35] Pero no se debiera perder un enfoque integral de los pacientes, ya que un abordaje muy especializado desde el inicio pudiera repetir los errores de la parábola india de los seis ciegos y el elefante, donde el cuerpo del animal se interpretaba de manera diferente por los ciegos, cuando cada uno de ellos tocaba solo una parte de su cuerpo.

En un detallado informe reciente de pacientes convalecientes que contrajeron la COVID-19 y donde todos tenían manifestaciones clínicas persistentes -pertenecientes a un grupo de ayuda a ellos, denominado "*Patient Led Research for COVID-19*"-, se encuestaron 3 700 personas de 56 países entre diciembre de 2019 y mayo de 2020. El 65 % de los enfermos se siguieron por 6 meses. Se reportaron 205 síntomas de 10 sistemas orgánicos, de los cuales 66 persistieron más de 7 meses. Como promedio, los encuestados refirieron síntomas de nueve sistemas orgánicos diferentes. Informaron, como más frecuentes: fatiga, debilidad después de ejercicio físico, disfunción cognitiva ligera *("brain fog"*). Pero también se quejaron de diversas sensaciones poco precisas, cefaleas, mialgias, insomnio, palpitaciones, disnea, mareos, trastornos del equilibrio y del lenguaje. Mucho menos frecuentemente refirieron parálisis facial, nuevas alergias, convulsiones, dificultades visuales y auditivas y pérdida prolongada del gusto y el olfato.[36] Este estudio tiene como principal limitante que se realizó en enfermos en los que ya se conocía que aquejaban síntomas persistentes durante la etapa de la convalecencia *("Long COVID"*).

Se ha definido de manera convencional como etapa de "post-COVID-19 aguda" a la que se extiende más allá de tres semanas desde el inicio de los primeros síntomas y como "COVID crónica", cuando las manifestaciones clínicas duran más de 12 semanas. Dado que muchas personas no se realizan PCR y que los resultados falsos negativos son comunes en ellas, una prueba de PCR positiva no es un prerrequisito para estos diagnósticos, según algunos autores.[27]

Protocolos de atención a los enfermos convalecientes de COVID-19

El Ministerio de Salud Pública de Cuba ha incluido en la quinta versión del Protocolo cubano de actuación nacional para el enfrentamiento a la COVID-19, un capítulo detallado (36 páginas) para el manejo del paciente convaleciente desde la Atención Primaria de Salud.[11] Este protocolo se ha reiterado que se mantiene en continuo perfeccionamiento.[37] En el mismo inicialmente se insiste en priorizar la atención en los casos que han presentado factores de riesgo para desarrollar COVID-19 severa:

- Edad > de 60 años.
- Enfermedad pulmonar no transmisible previa.
- Enfermedad renal crónica.
- Diabetes mellitus.
- Demencia.
- Cáncer.
- Hipertensión arterial sistémica.
- Historia de enfermedad cardiovascular.
- Mala nutrición: sobrepeso, obesidad y desnutrición.
- Historia de trasplante de órganos y tejidos u otra inmunosupresión.
- Trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias.

Luego se describe una guía para la primera recepción y evaluación inicial del convaleciente por el equipo básico de salud (médico y enfermera de la familia) en la atención primaria de salud. Posteriormente se indica una evaluación conjunta con las especialidades "básicas" de Medicina Interna [Geriatría], Pediatría, Ginecobstetricia, según el paciente sea adulto, niño o embarazada. Además, el mencionado Protocolo incluye recomendaciones específicas, según las particularidades clínicas de cada enfermo, con la posibilidad de la realización de interconsultas con otras especialidades no básicas, como Neumología, Infectología, Nutrición, Psicología, Psiquiatría (general o infantil), Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Natural y Tradicional, Endocrinología, Nefrología, Cardiología, Dermatología, Neurología, Gastroenterología, Hematología, Angiología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Imagenología. Los detalles de estas recomendaciones pueden

consultarse en el mencionado documento del Ministerio de Salud Pública.[11]

Un aspecto que se debe tener en cuenta en la implementación de este Protocolo es que, por las experiencias que se tienen de epidemias anteriores, no es raro que durante el seguimiento de los enfermos, estos no siempre acudan a las citaciones para evaluarlos de manera periódica a largo plazo, sobre todo cuando se sienten subjetivamente recuperados.[38,39]

[a] Convalecencia. Wikipedia. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Convalecencia

[b] Historia natural de la enfermedad. Etapas en el pasaje de la salud a la enfermedad[Internet]. Disponible en: https://bioamerica6.jimdofree.com/epls-lec-3-historia-natural/

[c] Espinosa Brito A. 12 de julio: ¿Dia del Internista?. Vocación y evocación por la Medicina Interna (Artículo editorial). Gerigal, 2 (8):12 de julio del 2012

CONCLUSIONES

Finalizó el año 2020 y tanto en Cuba como en muchos países se añoró una "nueva normalidad". Hace un año a nadie se le hubiera ocurrido que un cambio como este pudiera suceder. Hay que decir que el SARS-CoV-2 sorprendió y de qué manera a todos los países. Este coronavirus destapó la pandemia más vertiginosa y letal en más de cien años.[d]

En la actualidad la convalecencia de los enfermos de COVID-19 es un asunto de creciente preocupación, según se han ido conociendo y describiendo las diferentes consecuencias que puede ocasionar, psico-socio-biológicas y espirituales, ligeras o discapacitantes, a corto o a largo plazo, transitorias o permanentes, reversibles o irreversibles.

Se requieren nuevas investigaciones sobre la fisiopatología de las secuelas de la COVID-19, incluyendo la identificación de aspectos immunológicos, inflamatorios, genéticos, metabólicos, y psicológicos, para comprender mejor la aparición de estos síntomas y que las afectaciones serias de los diferentes órganos puedan ser tenidas en cuenta precozmente y lograr que los convalecientes se recuperen rápidamente en la medida que sea posible. Además, así también se previene una sobrecarga de atenciones futuras en el sistema de salud.

Por todo ello, ante esta nueva enfermedad emergente, hay que atender con cautela y sistematicidad la evolución de los pacientes, una vez dados de "alta clínica" y "alta epidemiológica". Claro que no es tarea solo del sector salud, pero sí que somos protagónicos. Por ello, el seguimiento de los convalecientes por los profesionales de la salud es una tarea de mucha importancia, tanto como lo fue su asistencia durante el período clínico de la enfermedad. Y, por tanto, hay que estar "preparados y alertas" para alcanzar los mejores resultados para nuestros pacientes y, consecuentemente, para que ello se refleje en mejores indicadores de salud y bienestar del país.

Conflicto de intereses

Los autores plantean que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Alfredo Darío Espinosa Brito; Alfredo Alberto Espinosa Roca.

Visualización: Alfredo Alberto Espinosa Roca.

Redacción del borrador original: Alfredo Darío Espinosa Brito.

Redacción, revisión y edición: Alfredo Darío Espinosa Brito; Alfredo Alberto Espinosa Roca.

Financiación

Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. Cuba.

[d] Collazo JE. La nueva normalidad post COVID-19. La Habana, 4 de octubre de 2020

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Espinosa-Brito AD, Bermudez-Lopez JM, Nieto-Cabrera RE, Chavez-Troya O. The new textbooks of Clinical Medicine. BMJ. 2019 ; 324: 1345 .

2. Goldman L, Schafer A. Goldman's Cecil Medicine. 24th. ed. Philadelphia: Saunders-Elsevier; 2012.

3. Longo D, Kasper A, Fauci A, Hauser S, Jameson J, Loscalzo J. Harrison. Principios de Medicina Interna. 18va. ed. México: McGraw-Hill; 2012.

4. Espinosa-Brito A. Algunas "lápidas" sobre la práctica médica. Medisur [revista en Internet]. 2015 [cited 15 Ene 2020] ; 13 (3): [aprox. 6p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3067.

5. Diccionario de la Real Academia Española. Convalecencia [Internet]. Madrid: RAE; 2018. [cited 24 Ene 2021] Available from: https://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=convalecencia.

6. Espinosa-Brito A. La adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas no trasmisibles. Finlay [revista en Internet]. 2016 [cited 4 Ene 2020] ; 6 (3): [aprox. 2p]. Available from: http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/460.

7. Ministerio de Salud Pública. Área de Asistencia Médica y Social. Reglamento General de Hospitales. Artículo 118 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2006.

8. Espinosa Brito A. Ética en el pase de visita hospitalario. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2006 [cited 4 Ene 2020] ; 32 (4): [aprox. 8p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086434662006000400008&script=sci_arttext.

9. Maxwell E. Living with covid-19. A dynamic review of the evidence around ongoing Covid19 symptoms (often called Long Covid) [Internet]. Miami: National Institute for Health Research; 2020. [cited 4 Ene 2021] Available from: https://evidence.nihr.ac.uk/themedreview/living-with-covid19.

10. Mahase E. Long covid could be four different syndromes, review suggests. BMJ. 2020 ; 371: m3981.

11. Ministerio de Salud Pública. Protocolo de Actuación Nacional para la COVID-19. Versión 1.5 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2020.

12. Rodríguez Derivet A. Los secretos del protocolo cubano ante una enfermedad para respetar [Internet]. La Habana: UCI; 2020. [cited 4 Ene 2021] Available from: http://www.cubadebate.cu/especiales/2020/09/01/los-secretos-del-protocolo-cubano-ante-una-enfermedad-para-respetar/.

13. Definición ABC [Internet]. Alta. Madrid: ABC; 2009. [cited 24 Ene 2021] Available from: https://www.definicionabc.com/general/alta.php.

14. Llanio Navarro R, Perdomo González G. Propedéutica clínica y Semiología médica. Tomo 1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.

15. Seladi-Schulman J, Murrell D. Understanding Post-Viral Fatigue [Internet]. Georgia: Healthline; 2020. [cited 7 Ene 2021] Available from: https://www.healthline.com/health/post-viral-fatigue.

16. Páez X. Aforismos en la medicina. Cómo mejorar la práctica médica [Internet]. Bogotá: Universidad de los Andes. Facultad de Medicina; 2011. [cited 7 Feb 2021] Available from: http://thinkexist.com/quotes/william_osler/.

17. Knight S, Ho A, Pius R, Buchan I, Carson G, Drake TM, et al. Risk stratification of patients admitted to hospital with covid-19 using ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: development and validation of the 4C Mortality Score. BMJ. 2020 ; 370: m3339.

18. Sperrin M, McMillan B. Prediction models for covid-19 outcomes. BMJ. 2020 ; 371: m3777.

19. García Lorenzo MM, Rodríguez Y, Hernández AR, Bello García B, Filiberto Y, Rosete A, Caballero Mota Y, Bello B. Adquisición de conocimiento sobre la letalidad de la COVID-19 mediante técnicas de inteligencia artificial. Anales de la Academia de Ciencias de Cuba [revista en Internet]. 2020 [cited 30 Sep 2020] ; 10 (3): [aprox. 12p]. Available from: http://www.revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/891.

20. Davidson JE, Hopkins RO, Louis D, Iwashyna TJ. Post-intensive Care Syndrome [Internet]. Mount Prospect: SCCM; 2021. [cited 5 May 2021] Available from:

https://www.sccm.org/MyICUCare/THRIVE/Post-intensive-Care-Syndrome.

21. Smith S, Rahman O. Post Intensive Care Syndrome [Internet]. Bethesda: National Center for Biotechnology Information. U.S. National Library of Medicine; 2021. [cited 5 Mar 2021] Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558964/.

22. Topol E. La carta al titular de la FDA que sacude al mundo de la medicina en los Estados Unidos: "Estimado comisionado Hahn, diga la verdad o renuncie" [Internet]. Texas: Salud y Fármacos; 2020. [cited 5 Feb 2021] Available from: https://www.infobae.com/america/ciencia-america/2020/09/01/la-carta-al-titular-de-la-fda-que-sacude-al-mundo-de-la-medicina-en-los-estados-unidos-estimado-comisionado-hahn-diga-la-verdad-o-renuncie/.

23. Espinosa-Brito A, Ordúñez P, Espinosa-Roca A, Morejón-Giraldoni A. Enfermedades crónicas no transmisibles y COVID-19: la convergencia de dos crisis globales. Medisur [revista en Internet]. 2020 [cited 26 Ene 2021] ; 18 (5): [aprox. 8p]. Available from: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4896/3315.

24. Mills KT, Peacock E, Chen J, Zimmerman A, He H, Cyprian A, et al. Experiences and Beliefs of Low-Income Patients With Hypertension in Louisiana and Mississippi During the COVID-19 Pandemic. JAHA [revista en Internet]. 2020 [cited 3 Abr 2021] ; 10 (3): [aprox. 12p]. Available from: https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/JAHA.120.018510.

25. González AM. Covid-19: Huellas de la pandemia. Periódico Trabajadores [Internet]. 2020 [cited Ene 6] Available from: http://www.trabajadores.cu/20201206/covid-19-huellas-de-la-pandemia/.

26. Maxwell E. NIHR. Living with covid-19. A dynamic review of the evidence around ongoing covid-19 symptoms (often called long covid) [Internet]. Bethesda: National Institute for Health Research; 2020. [cited 26 Ene 2021] Available from: https://evidence.nihr.ac.uk/themedreview/living-with-covid19.

27. Greenhalgh T, Knight M, A'Court C, Buxton M, Husain L. Management of post-acute covid-19 in primary care. BMJ. 2020 ; 370: m3026.

28. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: COVID-19, complicaciones y secuelas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2020.

29. Walker A, Pottinger G, Scott A, Hopkins C. Anosmia and loss of smell in the era of covid-19. BMJ. 2020 ; 370: m2808.

30. Butler M, Pollak T, Rooney A, Michael B, Nicholson T. Neuropsychiatric complications of covid-19. BMJ. 2020 ; 371: m3871.

31. Jee C. One in five covid-19 patients are diagnosed with a mental illness within three months [Internet]. Massachusett: Instituto Tecnológico de Massachusetts; 2020. [cited 3 Feb 2021] Available from: https://www.technologyreview.com/2020/11/11/1011987/one-in-five-covid-19-patients-are-diagnosed-with-a-mental-illness-within-90-days/.

32. Frase E. Long term respiratory complications of covid-19. BMJ. 2020 ; 370: m3001.

33. Redacción digital Granma. Secuelas en pulmones, corazón e hígado: ¿solo la punta del iceberg que deja el coronavirus?. Granma [Internet]. 2020 [cited 4 Ene 2021] Available from: http://www.granma.cu/cuba-covid-19/2020-08-29/secuelas-en-pulmones-corazon-e-higado-solo-la-punta-del-iceberg-que-deja-el-coronavirus-29-08-2020-00-08-03.

34. Peláez O. Secuelas de la COVID-19: incógnitas por despejar. Granma [Internet]. 2020 [cited 4 Ene 2021] Available from: http://www.granma.cu/cuba-covid-19/2020-09-24/secuelas-de-la-covid-19-incognitas-por-despejar-24-09-2020-22-09-25.

35. Sivan M, Taylor S. NICE guideline on long covid. BMJ. 2020 ; 371: m4938.

36. Davis HE, Assaf GS, McCorkell L, Wei H, Low RJ, Re'em Y, et al. Characterizing Long COVID in an International Cohort: 7 Months of Symptoms and Their Impact. Med Rxiv preprint [revista en Internet]. 2020 [cited 3 Feb 2021] [aprox. 44p]. Available from: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.12.24.20248802v2.full.pdf.

37. Alonso Falcón R, Figueredo Reinaldo O,

Fuentes Puebla T, Izquierdo Ferrer L. Cuba presenta novedades en los protocolos de enfrentamiento a la COVID-19 [Internet]. La Habana: UCI; 2020. [cited 4 Ene 2020] Available from: http://www.cubadebate.cu/noticias/2020/07/17/cuba-presenta-novedades-en-los-protocolos-de-enfrentamiento-a-la-covid-19.

38. Espinosa-Brito A. Memorias de la atención a enfermos durante la epidemia de dengue de 1981. Medisur [revista en Internet]. 2014 [cited 17 Nov 2020] ; 12 (4): [aprox. 8p]. Available from: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2839.

39. Hernández Almeida E. Curso clínico y factores pronósticos de la neuropatía epidémica [Tesis Doctoral]. La Habana: CNICM. Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba; 2005. [cited 4 Feb 2021] Available from: http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=531.