

# Recomanacions de seguiment post-COVID a l'atenció primària

15 d'abril de 2020. Versió 1

Aquest document està en revisió contínua  
depenent de l'evolució de la infecció  
pel nou coronavirus (SARS-CoV-2)  
i de la nova informació de què es disposi.





# Recomanacions de seguiment post-COVID a l'atenció primària





### Autoria

- **Soler Mieras, Aina.** Metgessa, farmacòloga clínica i tècnica del Gabinet Tècnic. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- **Roca Casas, Antònia.** Metgessa de família i directora mèdica. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- **Company Bezares, Francesc.** Farmacèutic d'atenció primària del Sector Sanitari de Migjorn. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- **Ramis Riera, Francisca.** Farmacèutica d'atenció primària del Sector Sanitari de Migjorn. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- **Aretio Pousa, Ana.** Farmacèutica hospitalària. Hospital Universitari Son Espases (Palma). Servei de Salut de les Illes Balears
- **Torres García, Rafael.** Farmacèutic d'atenció primària. Àrea de Salut d'Eivissa i Formentera. Servei de Salut de les Illes Balears

### Revisió

- **Alcorta Lorenzo, Amaia.** Farmacèutica d'atenció primària del Sector Sanitari de Ponent. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca.
- **Aoukhiyad Lebrahimi, Layla.** Farmacèutica de l'Oficina de Qualitat del Gabinet Técnicoassistencial. Servei de Salut de les Illes Balears
- **Arranz Izquierdo, Javier.** Metge de família de l'Oficina de Qualitat del Gabinet Técnicoassistencial. Servei de Salut de les Illes Balears
- **Corredor Ibáñez, María Teresa.** Subdirectora mèdica del Sector Sanitari de Ponent. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- **Llort Bové, Montserrat.** Metgessa de família del Gabinet Tècnic. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- **Martín Otero, Noelia.** Subdirectora d'infermeria d'Atenció Primària. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- **Miralles Xamena, Jerònia.** Infermera del Gabinet Tècnic. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- **Navarro Mateu, Margalida.** Coordinadora de les comares. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- **Pisà Gaià, Marta.** Subdirectora d'infermeria d'Atenció Primària. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- **Pou Goyanes, Joan Albert.** Metge internista de l'Hospital Universitari Son Espases (Palma). Servei de Salut de les Illes Balears
- **Sureda Barbosa, Mar.** Subdirectora mèdica del Sector Sanitari de Migjorn. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- **Taltavull Aparicio, J. Maria.** Subdirectora d'infermeria del Sector Sanitari de Ponent. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- **Valero Suau, Alejandra.** Metgessa de família del Centre de Salut Pollença. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- **Vidal Thomàs, Clara.** Infermera del Gabinet Tècnic. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears

### Conflictes d'interès

Els autors declaren que no tenen cap conflicte d'interès amb relació a activitats relacionades amb aquesta matèria.

**Maquetació**

Bartomeu Riera Rodríguez. Cap del Servei de Planificació Lingüística. Servei de Salut de les Illes Balears

**Traducció**

Paraula Centre de Serveis Lingüístics de les Illes Balears

**Edició**

Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Abril de 2019

Data de la darrera revisió: 29 de març de 2019

Pròxima revisió: dos anys

**ISBN**

978-84-09-30168-3

**Como citar aquest document:**

Soler Mieras A, Roca Casas A, Company Bezares F, Ramis Riera F, Aretio Pousa A, Torres García R. Recomanacions de seguiment post-COVID a l'atenció primària. Palma: Gerència d'Atenció Primària de Mallorca; 2021



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-No-Comercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional. La llicència es pot consultar aquí: [creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0)



## Índex de continguts

Introducció.....	9
Antecedents.....	9
Objectius.....	10
Fases i símptomes persistents després de la infecció aguda pel SARS-CoV-2.....	10
Valoració clínica dels pacients després de la infecció pel SARS-CoV-2.....	12
Atenció específica orientada als símptomes persistents.....	15
Fatiga, astènia o debilitat.....	15
Dolor toràcic.....	16
Tos persistent.....	16
Dispnea persistent.....	16
Dolors musculars i/o articulars.....	17
Anòsmia o agèusia.....	18
Cefalea persistent.....	18
Símptomes digestius persistents.....	18
Problemes psicològics i emocionals.....	18
Problemes nutricionals.....	19
Pla de cures.....	20
Tractament farmacològic.....	21
Valoració del risc de malaltia troboembòlica i tractament recomanat.....	22
Aspectes importants relacionats amb la medicació.....	27
Conciliació de la medicació.....	27
Risc d'interaccions.....	28
Efectes adversos dels medicaments més utilitzats en pacients de COVID-19.....	29
Criteris de derivació per persistència dels símptomes.....	30
Reincorporació a la feina o a l'exercici d'alt nivell.....	31
Referències bibliogràfiques.....	32
ANNEXOS.....	37
Annex 1. COVID-19 persistent a l'atenció primària.....	39
Annex 2. Exploracions complementàries i símptomes persistents.....	40
Annex 3. Eines per valorar la fatiga i la dispnea.....	41
Annex 4. Recursos en línia sobre l'estrès, l'ansietat i la depressió.....	42
Annex 5. Síntomes comuns de la COVID-19 persistent i de la síndrome post-COVID.....	43
Annex 6. Interaccions d'anticoagulants amb tractaments per a la COVID-19.....	45
Annex 7. Resum de fàrmacs i risc de pneumònia.....	46



---

## Introducció

---

Aquest document pretén ser una ajuda als professionals de l'atenció primària amb l'establiment de les recomanacions de seguiment clínic i les cures que cal prestar als pacients que han patit una infecció pel SARS-CoV-2, independentment de si han necessitat o no ingrés hospitalari. En canvi, no tracta els aspectes relacionats amb el seguiment dels casos d'infecció aguda ni amb el seguiment després de l'alta en relació amb la valoració d'aïllament que s'inclou en altres documents editats pel Servei de Salut de les Illes Balears i la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca.

Com en tot allò que fa referència a la infecció pel SARS-CoV-2, molts dels aspectes inclosos en aquest document disposen actualment d'escassa evidència científica, de manera que aquesta proposta pot canviar si s'adquireixen nous coneixements o si la situació epidemiològica ho requereix.

---

## Antecedents

---

Encara que es pot considerar l'afectació pulmonar com a òrgan diana, cada vegada hi ha més evidència científica sobre l'afectació multisistèmica i la persistència dels símptomes en alguns dels pacients que sobreviuen a la infecció pel SARS-CoV-2. Ara com ara, amb l'evidència científica disponible es pot considerar que la majoria dels pacients que han presentat una afectació lleu per la infecció no presenten símptomes persistents a llarg termini.<sup>1-3</sup> Així i tot, en una recent metaanàlisi de quinze estudis amb més de cent pacients cadascun s'ha estimat que el 80 % dels pacients que han patit la infecció desenvoluparan un o més símptomes persistents.<sup>4</sup> Aquests símptomes poden ser canviants en el temps i també poden donar-se en pacients asimptomàtics a l'inici.<sup>5</sup>

L'etiologia de per què en determinats pacients es perllonga la recuperació després de la infecció és encara desconeguda. Entre les causes estudiades s'inclou la virèmia persistent deguda a una resposta d'anticossos feble o absent, reaccions inflamatòries o altres reaccions immunitàries; a més, factors mentals —com l'estrès posttraumàtic— podrien estar implicats en la persistència de la clínica o l'aparició de nous símptomes.<sup>6</sup> No s'ha determinat si el sexe, l'edat, l'ètnia o les condicions prèvies poden afectar el desenvolupament de la COVID-19 persistent.<sup>4</sup> Alguns estudis recents apunten que les dones tenen més risc de patir símptomes persistents i també en tenen les persones que estan en edat activa, amb una mitjana d'uns 45 anys, tot i que fan falta més estudis per corroborar aquestes dades.<sup>5</sup>

Una altra dada important és la que recull un estudi que s'ha fet recentment amb pacients no hospitalitzats joves independents per a les activitats de la vida diària, en el qual s'ha evidenciat que tres mesos després de l'inici dels símptomes una proporció considerable dels pacients (30 %) van requerir encara algun tipus de suport per a la cura personal. Això indica que l'impacte de la COVID-19 en la vida diària dels pacients va més enllà dels problemes estrictament de salut i que cal establir estratègies per restaurar la independència dels pacients.<sup>7</sup>

El seguiment de les persones que s'han recuperat de la COVID-19 ha de ser tan complet com sigui possible per recopilar tota la informació necessària per definir millor les necessitats clíniques i d'atenció. La valoració ha de ser integral, atès que l'afectació d'aquests pacients és complexa i en molts de casos no es limita a l'afectació orgànica. Per aquest motiu, un abordatge multidisciplinari és crucial per a l'avaluació i el seguiment dels pacients amb COVID-19.<sup>8</sup>

---

## Objectius

---

Oferir recomanacions als professionals sanitaris de l'atenció primària per atendre els pacients que han tingut infecció pel SARS-CoV-2.

---

## Fases i símptomes persistents després de la infecció aguda pel SARS-CoV-2

---

El seguiment primerenc en el curs de la COVID-19 agut se centra a detectar i tractar les complicacions agudes relacionades amb la COVID-19, mentre que el seguiment posterior se centra a avaluar i tractar els símptomes persistents després de la recuperació de la fase aguda.<sup>9</sup>

Quan parlem dels efectes posteriors a la COVID-19 ens referim tant a les complicacions que deriven de la infecció com a les que estan relacionades amb l'ingrés hospitalari (per l'ús de sistemes de ventilació o altres procediments invasius, pels llargs períodes d'immobilització, per l'estada en una unitat de pacients crítics, pels tractaments farmacològics, etc.).

El terme *COVID-19 persistent* es refereix a la durada dels símptomes, que és molt superior a la que es descriu en la majoria dels casos de persones infectades pel coronavirus i per als quals no s'ha trobat una causa mèdica que justifiqui la persistència. Alguns autors proposen la classificació següent segons la durada dels símptomes:<sup>1</sup>

- Infecció aguda pel SARS-CoV-2 amb signes i símptomes de fins a quatre setmanes de durada.
- Infecció pel SARS-CoV-2 amb símptomes persistents de més de quatre setmanes i de fins a dotze setmanes de durada.
- Síndrome post-COVID, que inclou signes i símptomes que apareixen durant o després d'una infecció, es mantenen durant més de dotze setmanes i no són atribuïbles a diagnòstics alternatius. Es proposa el terme *síndrome* perquè inclou un grup de símptomes, sovint superposats, que poden fluctuar i canviar amb el temps.

Els símptomes persistents descrits després de la infecció aguda inclouen fatiga, dispnea, pèrdua dels sentits de l'olfacte i del gust, i dolor articular. La taula 1 mostra els símptomes reportats amb més freqüència i la prevalença d'aquests.



Taula 1. Síntomes reportats de manera més freqüent en el període de 4-8 setmanes<sup>1</sup>

Síntoma	Prevalença
Cefalea	5-38 %
Deteriorament cognitiu	2-29 %
Dispnea	8-71 %
Dolor articular	2-31 %
Dolor toràcic	7-44 %
Fatiga	27-87 %
Febre	2-11 %
Palpitacions	10-32 %
Pèrdua del sentit del gust	5-51 %
Pèrdua del sentit de l'olfacte	7-51 %

Pel que fa a la prevalença dels símptomes de més de dotze setmanes, hi ha pocs estudis de qualitat que permetin donar xifres de la prevalença, però els que s'han registrat amb més freqüència en els pacients ambulatoris són la fatiga (20,5 % i 97,6 %), la dispnea (8,9 % i 87 %), les miàlgies (7,1 % i 87,6 %) i la cefalea (3,6 % i 87,1 %).<sup>1</sup>

A més dels símptomes, s'han descrit complicacions cardiopulmonars, símptomes associats a la hipercoagulabilitat, alteracions neurocognitives o empitjorament de l'estat previ, depressió o molèsties gastrointestinales.<sup>3,6</sup> Entre les alteracions neurocognitives, una de les més freqüents és l'anomenada *boira mental* (*brain fog*), que es dona més sovint en persones que han superat un quadre greu, especialment les de més edat; no obstant això, pot aparèixer també en pacients que hagin patit una COVID-19 lleu-moderada. Aquests pacients expressen fatiga, inatenció, dificultat per concentrar-se i problemes per poder fer feina durant moltes hores o planificar accions.<sup>4,10</sup>

L'evidència científica disponible fins ara és feble i no concloent en la identificació dels factors de risc associats a la persistència dels símptomes de la COVID-19 més de dotze setmanes, per la qual cosa és important fer un seguiment continu de tots els pacients, independentment de si presenten o no els que fins ara s'han considerat factors de risc per patir COVID-19.<sup>1</sup>

Aquests símptomes no s'han de confondre amb els que poden presentar els pacients amb diagnòstic de COVID-19 que ha calgut ingressar en una UCI, pacients que poden necessitar un temps de convalescència més prolongat.

---

## Valoració clínica dels pacients després de la infecció pel SARS-CoV-2<sup>11</sup>

---

En la fase postaguda es recomana fer una valoració integral del pacient per abordar els símptomes, les seqüeles o les patologies persistents i fer-ne el seguiment per mitjà d'una anamnesi detallada que reculli els aspectes següents:

- 1) Antecedents patològics i comorbiditat.
- 2) Símptomes de la infecció.
- 3) Evolució.
- 4) Exploració física.
- 5) Valoració funcional i social.
- 6) Valoració de les necessitats bàsiques.
- 7) Exploracions complementàries.

En l'annex 1 resumim la valoració general dels símptomes persistents dels pacients a l'atenció primària que detallam a continuació.

### 1) Antecedents patològics i comorbiditats

La valoració dels antecedents patològics del pacient abans de la infecció pel SARS-CoV-2 és necessària per fer una valoració adequada dels símptomes persistents.

### 2) Símptomes de la infecció

- Cal revisar la història clínica i confirmar amb el pacient la clínica que ha presentat —o bé al seu domicili o bé durant l'ingrés hospitalari—; la data d'inici dels símptomes; la intensitat (mesurant-la amb una escala visual analògica, per exemple), i la desaparició o la persistència dels símptomes.
- És important tenir en compte que, durant la primera onada de contagis, els tests diagnòstics es van fer només als pacients greus que van requerir hospitalització, i que, tot i les proves serològiques, alguns pacients tenen únicament un diagnòstic clínic compatible. És important tenir-ho present i no descartar un quadre de síndrome post-COVID per aquest motiu.

### 3) Evolució

També cal recollir aspectes relacionats amb la gravetat de la infecció —per exemple, si el pacient ha necessitat ingrés hospitalari o estada en una UCI—, els tractaments que ha rebut (ventilació mecànica, fàrmacs, etc.) i les possibles complicacions que hagin aparegut durant l'ingrés o després de l'alta.

### 4) Exploració física

- Cal prendre les constants vitals del pacient (temperatura, freqüència cardíaca, freqüència respiratòria, pressió arterial i saturació d'oxigen) perquè permet valorar-ne l'estabilitat hemodinàmica.



- L'avaluació clínica (anamnesi i exploració física) del pacient amb símptomes persistents després de la infecció aguda pel SARS-CoV-2 s'ha de fer en funció del símptoma persistent que el pacient indiqui: auscultació cardiopulmonar, exploració abdominal, exploració otorrinolaringològica, palpació tiroïdal, exploració neurològica, força muscular i reflexos osteotendinosos, exploració articular, edemes, signes de trombosi venosa profunda, etc.

## 5) Valoració funcional i social

- És recomanable fer una valoració del grau funcional del pacient, de la seva qualitat de vida, de la fragilitat, de l'estat nutricional, del son, de l'estat d'ànim (depressió i/o ansietat), a més d'una valoració social i de l'entorn.
- Per valorar el grau d'independència funcional del pacient, s'utilitzen l'índex de Barthel, amb el qual es valora la seva capacitat funcional per a les activitats bàsiques de la vida diària, i l'escala de Lawton i Brody, per valorar les activitats instrumentals de la vida diària.
- A més, cal fer una valoració sociofamiliar que permeti determinar els recursos i els suports familiars i socials amb què compta el pacient, per tal de facilitar-li l'autocura i, en els casos necessaris, la cura.

## 6) Valoració de les necessitats bàsiques

L'avaluació integral també preveu la valoració de les necessitats bàsiques del pacient segons el model de Virginia Henderson, que permet —juntament amb la valoració dels estats funcional, social i emocional— identificar el problema de salut que cal abordar en el pla de cures.

## 7) Exploracions complementàries

Les exploracions complementàries que descrivim a continuació s'han de valorar individualment per a cada pacient segons els símptomes persistents, les patologies prèvies i/o les complicacions després de l'ingrés hospitalari.

### **Analítica**

No es recomana fer una analítica de manera rutinària, però cal valorar fer-la segons la situació clínica i/o les comorbiditats del pacient; les alteracions de l'hemograma; la funció renal i/o hepàtica que hagi presentat, i el tractament rebut després de l'alta (vegeu l'annex 2).

### **Electrocardiograma**

A l'inici de la pandèmia, molts dels fàrmacs que es van administrar per al tractament de la infecció pel SARS-CoV-2 (hidroxicloroquina, lopinavir/ritonavir, azitromicina) podien causar un allargament de l'interval QT. Aquests fàrmacs s'han deixat d'utilitzar, per la qual cosa és poc probable trobar alteracions per aquest motiu, però cal fer un electrocardiograma si el pacient presenta dolor toràcic, dispnea o tos persistent.

### **Radiografia del tòrax**

La Societat Espanyola de Radiologia Mèdica no recomana fer controls per mitjà de la imatge de forma rutinària; per tant, cal valorar la necessitat de fer al pacient una radiografia de tòrax segons com evolucioni.<sup>12,13</sup> És recomanable fer-la a pacients que hagin patit pneumònia (control radiològic en el moment de l'alta i al cap de 8-12 setmanes) o que presentin dispnea en haver superat la infecció (tos persistent o dolor toràcic) (vegeu el capítol «Criteris de derivació per persistència dels símptomes»).

### **Ecografia pulmonar<sup>14</sup>**

L'ecografia pulmonar és molt eficaç per diagnosticar i fer el seguiment de l'afectació pulmonar produïda per la infecció aguda pel SARS-CoV-2, perquè cal disposar d'una eina diagnòstica ràpida, fàcil d'usar i útil per fer el seguiment de pacients amb dispnea, tos persistent o dolor toràcic. L'ecografia toràcica és molt recomanable per al diagnòstic precoç i l'avaluació periòdica de la progressió de lesions pulmonars perquè la majoria són perifèriques i fàcilment identificables. A més, pot reduir la incertesa durant l'avaluació clínica dels pacients amb afectació moderada, facilitar la detecció precoç de l'afectació pulmonar, permetre la derivació primerenca i evitar les derivacions innecessàries.

Si es fa un seguiment ecogràfic, és important revisar els aspectes de seguretat que es recullen en el document *Guia d'actuació per a la seguretat de l'ecografia clínica en el context de la COVID-19* i en el *Curs d'ecografia pulmonar*, disponible a l'aula permanent d'ecografia clínica de la Gerència d'Atenció Primària (per accedir al curs fan falta l'usuari S i la contrasenya corresponent).

Pel que fa al seguiment a mitjà o a llarg termini dels pacients amb afectació pulmonar, actualment no hi ha estudis que avaluin el paper de l'ecografia toràcica ni la correlació amb la revascularització de l'artèria transcarotídia, la qual cosa dificulta avaluar l'evolució només mitjançant l'ecografia.<sup>12</sup>

### **Espirometria**

Actualment, als centres d'atenció primària s'han suspès les espirometries per motius de seguretat en el context de la pandèmia. A l'espera que es repregui aquesta prova de manera generalitzada, en [aquest document \(cal inserir enllaç\)](#) es recomana fer espirometries durant el seguiment dels pacients amb símptomes respiratoris persistents després de 8-12 setmanes des de l'inici de la infecció.

La resta de les exploracions complementàries estaran determinades pels símptomes que presenti cada pacient (vegeu l'annex 2).

### **Visita domiciliària**

Cal valorar si els pacients que han estat donats d'alta hospitalària o que estiguin en altres circumstàncies requereixen visita domiciliària per part d'un equip de professionals mèdics i/o d'infermeria, tenint en compte les mesures de protecció si ha estat positiu el resultat de la PCR feta en el moment de l'alta i estan encara en el període d'aïllament.

És recomanable fer almenys una valoració presencial inicial, però pot fer-se seguiment telefònic (depèn de la situació clínica del pacient). Segons la situació del pacient i del seu entorn (anamnesi, exploració física i valoració integral), cal determinar la necessitat de fer-li un seguiment a domicili (i incloure'l en el Programa d'Atenció Domiciliària).

Cal valorar l'entorn familiar i de l'habitatge per garantir el benestar del pacient i per assegurar-se que disposa de les cures necessàries per a recuperar-se.



---

## Atenció específica orientada als símptomes persistents

---

Actualment, es desconeixen les seqüeles funcionals i anatòmiques que pot provocar la infecció pel SARS-CoV-2 tant en els pulmons com funcionalment i sistèmicament, per la qual cosa es recomana fer una avaluació individual de cada cas. L'avaluació clínica del pacient amb símptomes de COVID-19 persistent s'ha de fer igual que en la pràctica clínica habitual a l'atenció primària, per mitjà d'una anamnesi completa i una exploració física orientada als símptomes.<sup>15</sup>

### Fatiga, astènia o debilitat

La fatiga és, de molt, el símptoma més comú que experimenten els pacients —amb independència de la necessitat d'hospitalització—; persisteix més enllà de dotze setmanes en el 16 % dels casos.<sup>8,9,16</sup> Tot i que la fatiga es resol en la majoria dels pacients, pot ser profunda i durar tres mesos o més, particularment entre els que han sobreviscut a l'estada en una UCI. La clínica observada s'assembla, en part, a la síndrome de fatiga crònica que es presenta en altres infeccions virals, que inclou fatiga incapacitant, dolor, alteracions neurocognitives, alteracions del son, símptomes suggestius de disfunció autonòmica i empitjorament dels símptomes amb qualsevol increment de l'activitat física.<sup>4</sup>

Durant la visita d'avaluació inicial, cal fer una valoració funcional per a les activitats de la vida diària (bàsiques i avançades), una comparació amb l'estat funcional previ i una valoració de l'impacte funcional de la fatiga (per exemple, disminució de la tolerància a l'exercici, debilitat, mobilitat reduïda, etc.). A més, cal constatar si el pacient presenta debilitat o atrofia muscular, dolor i/o símptomes i/o signes cardiopulmonars.

Com a eines de detecció, generalment cal utilitzar la prova de la caminada de sis minuts i una o més de les següents: EuroQol-5D-5L, Timed Up and Go (TUG) i Short Physical Performance Battery (SPPB). Com a part de l'EuroQol-5D-5L, també s'avalua el dolor persistent. Aquestes eines d'avaluació funcional estandarditzades també es poden utilitzar per monitoritzar el progrés del pacient. Cal assenyalar que s'ha desenvolupat una eina d'avaluació funcional específica per a la COVID-19, però encara no s'ha validat<sup>9</sup> (vegeu l'annex 3).

Aquestes són les recomanacions generals per a l'abordatge dels pacients amb fatiga persistent i deteriorament de l'estat funcional:

- Pel que fa als pacients amb fatiga, cal recomanar-los descans adequat, una bona higiene del son i estratègies específiques per gestionar la fatiga. Un mètode útil és l'enfocament de «quatre P» per conservar l'energia: planificació de les activitats, ritme de les activitats ( *pacing*), prioritització de les tasques i posicionament (adaptació de l'entorn).<sup>21</sup>
- Pel que fa als pacients amb limitacions més importants quant a la resistència o la tolerància a l'exercici a causa de la debilitat muscular o la pèrdua de la condició física, normalment cal derivar-los a les consultes de fisioteràpia o de rehabilitació. Si la causa és cardíaca o pulmonar, és més probable que es beneficiïn d'un programa especialitzat de rehabilitació cardíaca o pulmonar.

Pel que fa a la fatiga, actualment no hi ha evidència científica que permeti fer cap recomanació. De fet, les recomanacions de la guia NICE actualitzada recentment desaconsellen oferir teràpia d'exercici gradual, inclosos els casos de fatiga crònica post-COVID.<sup>16</sup> A hores d'ara, la recomanació és que qualsevol programa d'activitat física estableixi un nivell de capacitat d'activitat física que no empitjori els símptomes i sigui supervisat per un fisioterapeuta.

### Dolor toràctic

La COVID-19 impacta en el sistema cardiovascular de múltiples formes. S'han proposat diversos mecanismes fisiopatològics —inclosa la infiltració viral, la regulació a la baixa de receptors ACE-2 i, especialment, l'estat protrombòtic que es desenvolupa durant la fase aguda— que poden conduir a fenòmens tromboembòlics diversos i a l'exacerbació de la arteriopatia coronària. Fins ara, s'han descrit diferents formes d'afectació cardíaca que inclouen complicacions cardiopulmonars, miocarditis, pericarditis, infart de miocardi, arrítmies i embòlia pulmonar, que es poden presentar unes quantes setmanes després de la fase aguda de la COVID-19,<sup>1,6,e</sup> les quals s'han d'abordar de la manera habitual.

És important fer una valoració adequada del dolor toràctic per descartar causes cardíques o pulmonars que justifiquin el dolor (broncoespasme, pneumònia, pleuritis, vessament pleural, miopericarditis, cardiopatia isquèmica, etc.) o que tinguin relació amb maniobres invasives.

El malestar persistent al pit després de recuperar-se de la COVID-19 aguda es pot resoldre lentament. En general, no requereix tractament, llevat que interfereixi en la qualitat de vida del pacient. Als pacients amb malestar persistent i greu se'ls poden administrar antiinflamatoris no esteroïdals (AINE) si no pateixen disfunció renal o no tenen altres contraindicacions.

### Tos persistent

Entre els símptomes respiratoris de recuperació lenta després de la infecció pel SARS-CoV-2 hi ha la tos, que persisteix dues o tres setmanes en el 40 % dels pacients, dos mesos en el 15 % dels casos i més de dotze setmanes en el 2 % dels pacients.<sup>3,6,11</sup> No s'ha demostrat que la persistència de la tos s'associï a episodis de broncoespasme lleu o d'hiperreactivitat bronquial. El tractament és el mateix que el dels quadres de tos postinfecciosa causada per altres virus respiratoris, després d'assegurar-se que altres causes de la tos —com el reflux gastrointestinal— no exacerbïn els símptomes o contribueixin a patir-los.<sup>9</sup>

### Dispnea persistent

És probable que la dispnea relacionada amb la pneumònia causada per la COVID-19 millori progressivament en els mesos següents, però pot tenir un curs prolongat, especialment en els casos amb afectació pulmonar més greu o debilitat neuromuscular (entre sis i dotze mesos). La persistència de la dispnea més enllà de dotze mesos s'ha registrat en el 14 % dels pacients.<sup>3-6,8,16</sup>

La COVID-19 greu pot produir afectació d'òrgans vitals, la qual cosa pot causar dispnea crònica, afectació intersticial residual posterior a la pneumònia, afectació pleural, tromboembolisme pulmonar o insuficiència cardíaca. Tot i així, cal prendre en consideració altres causes no relacionades amb la infecció pel SARS-CoV-2, com l'asma, l'MPOC, la insuficiència cardíaca congestiva, les arrítmies, la cardiopatia isquèmica o les valvulopaties, entre d'altres. L'anamnesi, l'exploració física i les proves complementàries s'adrecen a confirmar o descartar aquestes patologies.



Actualment, no es disposa de cap escala validada per valorar la dispnea dels pacients post-COVID, però hi ha escales per valorar la dispnea que poden orientar sobre l'evolució temporal de la sensació dispneica dels pacients, com les escales MRC, NYHA o de Borg (vegeu l'annex 4). És important obtenir dades objectives de la dispnea per mitjà d'una pulsioximetria prèvia i una altra després de l'avaluació.<sup>6</sup>

Si el pacient presenta dispnea sobtada post-COVID o agreujament de la dispnea persistent, cal tornar-lo a avaluar urgentment i derivar-lo a un dispositiu d'urgències si s'associa a signes o símptomes d'alarma (afectació del nivell de la consciència, agitació, mala perfusió tissular, dificultat per parlar o tossir, cianosi, taquipnea, hipòxia o hipofonesi generalitzada).

El tractament és similar al dels pacients sense infecció pel SARS-CoV-2, amb abordatge de les causes subjacents de la dispnea, que sovint és multifactorial (per exemple, resolució d'una pneumònia, deteriorament físic i/o nutricional, debilitat neuromuscular, exacerbació d'una malaltia pulmonar subjacent, estenosi traqueal per intubació, insuficiència cardíaca, etc.).<sup>9</sup>

- Revisió del tractament de base i ajustament de les dosis, si cal, en cas de patologies cardíques o pulmonars subjacents.
- En cas de dispnea persistent en pacients amb presentació lleu, es recomana fomentar l'exercici aeròbic (alguns autors recomanen exercicis de respiració).<sup>6,13</sup> La Unitat de Fisioteràpia d'Atenció Primària ha elaborat un **video** i una **infografia** amb informació dirigida als pacients amb aquest propòsit. En cas de dubte, es pot citar els pacients a la seva unitat de fisioteràpia referent.
- Pel que fa als pacients amb dispnea moderada-greu o amb dessaturacions persistents (SpO<sub>2</sub> igual o inferior al 92 %), amb necessitat d'oxigen suplementari o amb símptomes respiratoris relacionats, es recomana que siguin valorats en la consulta de pneumologia i que es consideri la necessitat de tractament d'oxigenoteràpia crònica domiciliària i/o de rehabilitació pulmonar.

Ara com ara, no es coneixen efectes a llarg termini sobre la funció pulmonar, però les dades d'un estudi recent de pacients amb pneumònia greu per la COVID-19 suggereixen deficiències persistents en la funció pulmonar i la capacitat d'exercici en supervivents.<sup>19</sup>

És escassa l'evidència científica disponible per abordar la dispnea persistent, però per als casos de pacients amb ingressos prolongats o en una UCI és important recomanar rehabilitació de forma precoç, fisioteràpia respiratòria per millorar les tècniques ventilatòries i de drenatge de les secrecions si les manifestacions clíniques del pacient ho requereixen, i exercicis aeròbics i de força.<sup>20</sup>

### Dolors musculars i/o articulars

Fins al 8 % dels casos de pacients amb infecció aguda pel SARS-CoV-2 poden presentar artràlgies, que poden durar de quatre a vuit setmanes en el 27 % dels pacients. També poden persistir miàlgies fins a vuit setmanes en el 6 % dels pacients. Tot i que s'han descrit casos de dany muscular amb miàlgies greus i rabdomiòlisi, generalment s'han produït en la fase aguda.<sup>3,21</sup> En tots dos casos, el tractament ha de ser simptomàtic.

## Anòsmia o agèusia

La COVID-19 s'ha relacionat amb símptomes com l'anòsmia i l'agèusia, que es donen sovint i poden persistir en el temps, fins a vuit setmanes en el 10 % dels casos.<sup>16</sup> Actualment, no es recomana cap tractament per a aquestes afeccions ni suposen un motiu per allargar la incapacitat transitòria.

## Cefalea persistent

La cefalea és un dels símptomes neurològics més freqüents causats per la COVID-19 aguda 2 (14 % dels casos). Respecte a la cefalea en la COVID-19 persistent, que s'ha registrat entre la quarta i la dotzena setmana després de diagnosticar la infecció, afecta el 9-18 % dels pacients.<sup>11</sup>

Ara com ara, no hi ha estudis específics sobre les característiques del mal de cap persistent, però les característiques recollides per l'experiència clínica descriuen cefalea holocranial d'intensitat lleu-moderada, que no impedeix dur a terme les activitats de la vida diària, de predomini vespertí i que pot millorar amb el son. No obstant això, l'enfocament seria idèntic al que és habitual amb les cefalees primàries, basant-se en l'absència de signes o símptomes d'alarma i l'absència d'anomalies orgàniques o estructurals.

## Símptomes digestius persistents

L'afectació gastrointestinal també és comuna; entre els símptomes descrits més sovint hi ha l'anorèxia, la diarrea, els vòmits, les nàusees i el dolor abdominal, que poden aparèixer fins i tot en absència de símptomes respiratoris.<sup>22</sup> La diarrea és el signe clínic gastrointestinal més freqüent, que sol presentar-se amb femta semilíquida i habitualment no sol ser greu o deshidratant. Pel que fa a la persistència, els estudis de seguiment de quatre a vuit setmanes mostren xifres del 16-17 % per anorèxia, del 15 % per dolor abdominal, del 10 % per nàusees, del 4 % per vòmits i del 3 % per diarrea.<sup>1</sup>

Cal valorar la diarrea associada a l'ús d'antibiòtics i l'enterocolitis causada per *Clostridium difficile* (si s'ha rebut tractament antibiòtic), a més de revisar el tractament farmacològic i la dieta del pacient.

Si els símptomes persisteixen més de dotze setmanes o si s'associen a signes o símptomes d'alarma (dolor abdominal que no cedeix amb analgèsia, rectorràgia, massa abdominal palpable, canvi del ritme deposicional, pèrdua de pes de més del 5 % o anèmia), cal derivar el cas a la consulta d'aparell digestiu. El tractament, si cal, s'ha d'ajustar a la intensitat dels símptomes.

## Problemes psicològics i emocionals

Hi ha diverses raons per les quals la pandèmia de COVID-19 podria tenir conseqüències en la salut mental de la població: algunes es relacionen amb l'impacte social més ampli de les mesures de salut pública dictades, incloses les mesures de distanciament físic i la quarantena.<sup>23</sup> Com a resultat de certes experiències, tant la població infectada com la no infectada pot ser susceptible de presentar ansietat, aïllament social i estrès (especialment entre el personal sanitari i altres treballadors essencials), a més d'atur o dificultats econòmiques. Altres experiències poden ser específiques de persones que estan infectades pel coronavirus, com ara preocupació pel resultat de la malaltia, estigmatització o records traumàtics per la vivència d'una malaltia greu.<sup>17</sup>



El SARS-CoV-2 podria causar deliri en l'etapa aguda a certa proporció de pacients, però a més és important tenir en compte que després de la infecció poden presentar quadres de depressió, ansietat, pèrdua de la memòria (o empitjorament de quadres de demència), fatiga, alteració del son, trastorn d'estrès posttraumàtic o fins i tot síndromes neuropsiquiàtrics més rars a llarg termini.<sup>24</sup> Tot i l'escassa evidència científica de l'impacte a llarg termini, els resultats d'una revisió sistemàtica recent apuntarien que, si la infecció pel SARS-CoV-2 segueix un curs similar a la del SARS-CoV o del MERS-CoV, la majoria dels pacients es recuperaran sense patir malalties mentals.

En vista de les consideracions anteriors, el suport que es presta al pacient i a la seva família durant la fase posterior a la COVID-19 ha d'anar encaminat a reforçar el benestar emocional, i a identificar i abordar signes i símptomes clars de deteriorament emocional, de manera que es puguin prevenir les possibles conseqüències d'un impacte més gran. Si bé una minoria de pacients es pot beneficiar de la derivació a algun servei de salut mental, és important no patologitzar la majoria.

### Problemes nutricionals

Són nombroses les causes que poden provocar malnutrició en els pacients amb COVID-19, especialment en els pacients amb malaltia greu ingressats en una UCI i en els pacients grans fràgils. Es recomana fer una valoració i un cribatge de malnutrició a tots els pacients de COVID-19 amb pneumònia greu, amb factors de risc o amb ingrés prolongat. És important destacar que l'obesitat no descarta la malnutrició. Si es detecta malnutrició, la recomanació és aconsellar una dieta hipercalòrica i hiperproteica, tenint en compte l'estat nutricional previ del pacient i la presència de comorbiditats —com la insuficiència renal crònica— a l'hora d'adaptar-la.

Les recomanacions són les següents:<sup>25</sup>

- Fer preparacions amb gran densitat energètica en molt poc volum. Per aconseguir una dieta saludable de valor energètic alt, ha de constar dels aliments següents:
  - A cada menjada, aliments que contenguin hidrats de carboni: pa, patata, pasta, arròs, cuscús, quinoa (o qualsevol cereal, preferentment integral).
  - Greixos saludables: oli d'oliva, fruites seques i llavors. Aquest és un grup d'aliments molt energètic que ajudarà a aconseguir les calories necessàries en la dieta.
- Les proteïnes són essencials per mantenir la salut. Es troben en els lactis, els ous, el peix, la carn, els llegums i les fruites seques.
- Es recomana augmentar el nombre de menjades al dia (entre sis i deu), encara que no siguin de gran quantitat, així s'aconsegueix augmentar l'aportació calòrica i proteica.
- Si el pacient té poca gana, sempre ha de procurar la ingesta de l'aliment proteic, independentment de si consumeix dos plats o un plat únic de densitat alta.
- Cal beure molt de líquid (aigua o infusions), però fora de les menjades. Es poden prendre també sucres naturals o batuts casolans entre hores.

---

## Pla de cures

---

A més de les mesures descrites en el capítol anterior relacionades amb els símptomes persistents, el pacient pot tenir necessitats bàsiques no cobertes que requereixin cures específiques. A continuació, descrivim alguns d'aquests possibles problemes.

Probablement les persones infectades pel SARS-CoV-2 manifestaran manca de coneixements sobre les cures necessàries per abordar aquesta nova malaltia. Les intervencions s'han d'enfocar a l'educació del pacient i/o el seu cuidador principal per abordar la malaltia perquè es recuperi; per prevenir que empitjori o progressi cap a un mal pronòstic, i per donar-li suport en la presa de decisions compartida.<sup>1</sup> Les intervencions s'han de centrar a educar el pacient en els aspectes següents:

- La malaltia mateixa, els símptomes més persistents, com controlar-los per fer un seguiment correcte i afavorir l'autocura, a més de donar-li suport a l'hora de prendre decisions (vegeu l'annex 5).
- Abordatge de la malaltia pel que fa a les cures bàsiques sobre alimentació, activitat física i son, presa de la medicació, etc. (descrites en altres apartats).
- Identificació de signes i símptomes d'alarma que indiquin un empitjorament clínic, i indicació de consultar un professional sanitari, perquè la detecció precoç de l'agreujament clínic afavoreix una actuació sanitària més ràpida i eficient.
- Estils de vida saludables en relació amb l'estat de salut i les mesures oportunes per controlar les infeccions, tant a casa com en l'àmbit comunitari.
- Fonts d'assessorament i suport a la informació fiable i d'interès.

Es pot donar el cas d'un afrontament familiar compromès o d'una alteració en els processos familiars a causa de l'impacte emocional en el pacient i en les dinàmiques familiars. Per això, les intervencions s'han d'enfocar a donar tanta d'informació com sigui possible sobre la malaltia i les cures necessàries; a identificar els recursos i les estratègies per resoldre els possibles conflictes familiars, i a restablir l'equilibri per mitjà de dinàmiques que contribueixin al benestar familiar.

Atès l'impacte familiar i social derivat de patir la infecció pel SARS-CoV-2 i les mesures de protecció necessàries, cal valorar l'estat de la relació i de la cura establert en el si de la família del pacient i del seu entorn social. Per fer-ho, cal avaluar la situació familiar actual, la possible alteració dels processos familiars, els recursos i els suports de què disposa per afrontar la nova situació i el cansament de qui assumeix el rol de cuidador si el pacient necessita cures per dur a terme les necessitats bàsiques de la vida diària. Cal tenir en compte la diversitat de situacions i vivències personals; per tant, cal establir un pla de cures individualitzat per a cada persona i la seva família.

En aquest pla s'hi han d'introduir recomanacions d'exercici físic i rehabilitació respiratòria —com hem descrit més amunt— adaptades a la situació de convalsència del pacient considerant-ne la situació basal i seguint les recomanacions del protocol de rehabilitació d'atenció primària. S'ha d'adaptar el pla de cures al grau de dependència del pacient.



Així mateix, cal tenir present la qualitat del descans del pacient, perquè contribueix al benestar i la recuperació d'aquest. Per això cal donar-li recomanacions que facilitin el descans nocturn i un son reparador, com mantenir una postura adequada per dormir en la posició decúbit pron —si és possible—, activitat física adaptada al seu estat clínic, tècniques de relaxació prèvies al descans, etc.

A més, cal valorar si el pacient està en una situació de vulnerabilitat especial a fi de poder abordar-la, amb el suport dels serveis socials si cal. En l'annex 4 hi figuren recursos d'interès per tractar el consell mínim en les situacions d'estrès o ansietat.

---

## Tractament farmacològic

---

Actualment, no hi ha evidència científica sobre el tractament de pacients amb clínica lleu, excepte el tractament simptomàtic i la tromboprofilaxi establerts per als grups de risc (vegeu l'apartat següent). S'ha demostrat que l'únic fàrmac que redueix la mortalitat en la fase aguda de la COVID-19 és la dexametasona, però només en pacients hospitalitzats i amb resultats més clars en pacients que necessiten ventilació mecànica que en els que són tractats només amb oxigenoteràpia.<sup>26</sup> En l'anàlisi de subgrups entre els pacients que no han necessitat oxigenoteràpia no hi ha hagut diferències estadísticament significatives respecte al grup de control. Per això, amb l'evidència científica de què es disposa ara, no s'aconsella iniciar aquest tractament en pacients no hospitalitzats. A més, considerant el context etiològic, a priori utilitzar un immunosupressor com la dexametasona podria ser perjudicial en els primers dies d'una infecció viral.

A hores d'ara, hi ha diversos estudis actius que avaluen el possible paper de la colquicina en el tractament de la COVID-19 (NCT04322682, NCT04326790, NCT04322565, NCT04328480). Recentment, han aparegut les dades (prèvies a la publicació) dels resultats de l'assaig clínic COLCORONA, que ha estudiat l'ús de colquicina en pacients no hospitalitzats, sense criteris d'ingrés i amb almenys un factor de risc de complicacions. La dosi utilitzada ha estat de 0,5 mg cada 12 hores durant tres dies, seguida de 0,5 mg cada 24 hores durant set dies. Les dades mostren una reducció de la variable principal combinada (mort o hospitalització per COVID-19) en 1 de cada 70 pacients tractats. Aquests resultats s'han observat en els pacients que tenien confirmació diagnòstica per mitjà d'una PCR i es basen en la disminució estadísticament significativa de les hospitalitzacions. Poden ser resultats rellevants en un entorn de pandèmia; tot i així, és recomanable analitzar la validesa interna de l'estudi una vegada que s'hagi publicat, perquè l'assaig va acabar de manera prematura o hi va haver subjectes només amb diagnòstic clínic.

Si es decidís utilitzar colquicina en pacients ambulatoris, caldria seleccionar-los adequadament (amb confirmació diagnòstica per mitjà d'una PCR i amb factors de risc per desenvolupar COVID-19 greu) perquè el balanç benefici-risc es mantengui favorable i per evitar-ne un ús indiscriminat. Cal recordar que la colquicina és un fàrmac amb un marge terapèutic estret, molt tòxic en sobredosi i amb interaccions potencialment greus.<sup>27,28</sup>

## Valoració del risc de malaltia troboembòlica i tractament recomanat

Entre l'afectació sistèmica que s'ha atribuït a la infecció pel SARS-CoV-2 hi ha el risc augmentat de patir tromboembolisme venós i arterial. Sembla que la insuficiència respiratòria en la COVID-19 no seria deguda només a una síndrome de dificultat respiratòria aguda, sinó que els processos trombòtics microvasculars hi podrien tenir un paper rellevant.

La patogènesi d'aquest estat d'hipercoagulabilitat encara no està establerta clarament, tot i que hi ha evidències científiques de la invasió directa del SARS-CoV-2 en les cèl·lules endotelials i de lesions endovasculares produïdes pels mediadors de la resposta inflamatòria sistèmica aguda, com les citocines i altres reactants de fase aguda. Cal vigilar l'aparició de fenòmens trombòtics, fins i tot setmanes després de l'alta hospitalària (es desconeix el temps durant el qual el pacient pot tenir fenòmens tromboembòlics després de l'alta).<sup>10</sup>

Actualment, no hi ha evidència científica que avaluï la tromboprofilaxi de manera general en pacients de COVID-19 ambulatoris en presentacions lleus. Per això, es recomana fer profilaxi del tromboembolisme venós amb heparina de baix pes molecular (HBPM) a tots els pacients hospitalitzats amb pneumònia greu causada per la COVID-19 sempre que no hi hagi contraindicació, com sagnat actiu o trombocitopènia greu. La dosi es pot augmentar en certes circumstàncies, segons la sospita clínica de tromboembolisme pulmonar (TEP) i els valors de dímer D.<sup>29, 30</sup>

### 1) Tromboprofilaxi de la COVID-19 a l'atenció primària

Per als casos de pacients ambulatoris amb COVID-19 lleu es recomana afavorir la mobilitat i considerar la tromboprofilaxi després d'haver fet una avaluació individualitzada en aquells que presenten un risc alt de tromboembolisme venós (mobilitat reduïda, índex de massa corporal superior a 30, antecedents de tromboembolisme venós, càncer actiu, anticonceptius orals, teràpia hormonal per a la menopausa, entre d'altres) i valorar el risc de sagnat.<sup>31, 32</sup>

Si bé no es disposa d'una escala de valoració de risc trombòtic validada que sigui específica per als pacients de COVID-19 ambulatoris, la Societat Espanyola de Trombosi i Hemostàsia considera aquest risc trombòtic més gran en els pacients amb COVID-19.<sup>33</sup>

- Formes de COVID-19 greu (proteïna C reactiva > 150 mg/L; dímer D > 1.500 ng/ml; ferritina > 1.000 ng/ml; limfocitopènia < 800 x 10<sup>6</sup> / L).
- Dímer D > 3.000 ng/ml. \*
- Antecedents familiars o personals de malaltia tromboembòlica venosa.
- Trombofília coneguda.
- Cirurgia recent.
- Gestació.
- Teràpia hormonal substitutiva.

(\*) Diversos treballs posen el límit en 1.500 ng/ml



Alguns d'aquests factors es refereixen específicament a l'àmbit hospitalari, però la resta s'han de tenir en compte en la valoració del risc.

Les recomanacions generals per reduir el risc de trombosi són les següents:

- Promoure que el pacient deambuli.
- Evitar estar durant molt de temps dret o assegut i evitar creuar les cames.
- Canviar de posició cada 30-60 minuts.
- Fer exercicis amb les extremitats inferiors (moviments de flexoextensió i moviments circulars dels peus).
- Evitar la deshidratació.

De vegades, aquestes mesures poden ser difícils de seguir a causa de l'impacte de la infecció aguda pel SARS-CoV-2 o els símptomes persistents després de la infecció.

En la taula 2 hi ha les recomanacions específiques de tromboprofilaxi segons el risc trombòtic i/o les condicions prèvies d'anticoagulació dels pacients afectats per la COVID-19 en l'àmbit extrahospitalari.

Taula 2. Tromboprofilaxi ambulatoria en pacients amb COVID-19 després de l'alta hospitalària o que no hagin hagut de ser ingressats<sup>50</sup>

Anticoagulació prèvia / risc trombòtic	Recomanacions
Sense anticoagulació prèvia i sense alteració de la coagulació ni risc trombòtic durant la COVID-19	No és necessària la tromboprofilaxi.
Sense anticoagulació prèvia i amb risc trombòtic durant la COVID-19 amb ingrés hospitalari	HBPM en dosi profilàctica* durant l'ingrés i continuar després de l'alta hospitalària entre 7-14 dies i un mes (segons la mobilitat i els factors de risc basals de tromboembolisme venós en cada pacient).
Anticoagulació prèvia (fibril·lació auricular, valvulopatia, trombosi venosa profunda, etc.) amb alteració o sense de la coagulació o risc trombòtic afegit durant la COVID-19	HBPM en dosi terapèutica* durant l'ingrés i continuar després de l'alta hospitalària entre 7-14 dies i un mes (segons la mobilitat i els factors de risc basals de tromboembolisme venós de cada pacient) o fins que es pugui tornar a donar-li l'anticoagulant previ.
Anticoagulació prèvia (fibril·lació auricular, valvulopatia, trombosi venosa profunda, etc.) en pacients que no han hagut de ser ingressats a l'hospital per la COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ En pacients amb anticoagulació prèvia que no necessitin ingrés hospitalari, es pot valorar mantenir el tractament anticoagulant oral si estan clínicament estables i sense criteris de gravetat.</li> <li>▫ Si el pacient presenta inestabilitat clínica, deteriorament de la funció renal o si hi ha interaccions, es recomana canviar a HBPM en dosi terapèutica.*</li> </ul>

\* S'han de valorar les interaccions amb alguns fàrmacs utilitzats en el tractament de la infecció pel SARS-CoV-2 en els ingressos hospitalaris. Els anticoagulants directes (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban) tenen més interaccions que l'acenocumarol (vegeu l'annex 6).

A més, si la immobilització ha de ser prolongada, cal considerar el manteniment del tractament en dosis profilàctiques mentre duri la immobilització, especialment en els casos de pacients amb factors de risc previs de malaltia tromboembòlica.

Les condicions actualitzades d'ús d'anticoagulants orals d'acció directa (ACOD) inclouen els pacients que iniciïn el tractament anticoagulant oral i els que, atesa la seva situació de vulnerabilitat, hagin d'evitar contactes assistencials freqüents per controlar l'INR. En aquest context es considera que són vulnerables els pacients següents:<sup>34</sup>

- Pacients immunodeprimits.
- Pacients majors de 65 anys amb factors de risc cardiovascular, ictus, infart agut de miocardi i/o patologia respiratòria de base (asma, MPOC, emfisema).
- Pacients majors de 75 anys.

Pel que fa als pacients en tractament amb anticoagulants que necessiten control —com és el cas de l'INR amb els antagonistes de la vitamina K (AVK) o la funció renal amb els ACOD—, se n'ha de fer un seguiment des de l'atenció primària.

## 2) Tromboprofilaxi després de l'alta hospitalària

Atesa la manca d'evidència científica sòlida en relació amb la pauta idònia d'anticoagulació en pacients amb COVID-19, tant en tractament com en profilaxi, les recomanacions poden variar considerablement depenent de la guia que es consulti. Actualment, en la nostra àrea de salut és important seguir les recomanacions de l'informe d'alta hospitalària del pacient i la prescripció en el sistema Recepta Electrònica.

No està establerta clarament la durada òptima de la profilaxi antitrombòtica després de l'alta dels pacients de COVID-19. Ara com ara, les recomanacions coincideixen a mantenir la profilaxi antitrombòtica en casos de factors de risc de tromboembolisme pulmonar persistent o preexistent (mobilitat reduïda, IMC > 30, tromboembolisme venós previ, càncer actiu...). En aquest sentit, la Societat Espanyola de Cardiologia recomana allargar l'ús d'heparina de baix pes molecular (HBPM) en dosis profilàctiques durant 7-10 dies després de l'alta.

## 3) Tromboprofilaxi en embarassades

Les pacients embarassades tenen més risc trombòtic que la població general; per tant, sempre s'han d'actualitzar els factors de risc de malaltia tromboembòlica en l'anamnesi. Sembla que actualment hi ha consens en el fet que els pacients de COVID-19 presenten més risc de complicacions tromboembòliques; per aquest motiu, es considera oportú plantejar un tractament profilàctic per a les pacients embarassades que presentin positivitat per a la COVID-19, independentment de les setmanes de gestació en el moment del diagnòstic.<sup>35</sup>

### **Durada del tractament amb HBPM**

- Gestant:
  - Asintomàtica o amb simptomatologia lleu: està indicat el tractament durant dues setmanes, sense importar el trimestre de la gestació.
  - Simptomatologia moderada: està indicat el tractament durant dues setmanes i prolongar-lo una setmana si el quadre clínic s'allarga, sense importar el trimestre de la gestació.
  - Simptomatologia greu que ha requerit ingrés a causa d'alguna patologia greu i/o indicació de repòs al domicili: està indicat el tractament durant quatre setmanes; si afecta el tercer trimestre, cal valorar el fet de mantenir el tractament fins al part, i fins i tot prolongar-lo després.
  - La prescripció l'ha de fer el metge de família o l'obstetra.
- Puèrpera:
  - Si el diagnòstic s'obté el mateix dia del part o durant les setmanes del puerperi, s'ha d'instaurar un tractament profilàctic i prolongar-lo depenent de la gravetat de la infecció i els factors de risc tromboembòlic:
    - Asintomàtica o amb simptomatologia lleu: tractament durant dues setmanes després del part.
    - Simptomatologia moderada i sense ingrés: cal mantenir el tractament durant dues setmanes (i almenys fins a set dies després de resoldre el quadre clínic).
    - Simptomatologia greu (requereix ingrés) o simptomatologia lleu-moderada amb dos o més factors de risc de tromboembòlic (vegeu la llista següent):<sup>1\*</sup> cal mantenir el tractament durant sis setmanes:
      - Obesitat ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ).
      - Edat: 35 anys o més.
      - Paritat  $\geq 3$ .
      - Cesària electiva.
      - Fumadora de més de 10 cigarretes al dia.
      - Síndrome varicos greu.
      - Història familiar de malaltia tromboembòlica venosa en un familiar de primer grau.
      - Trombofílies de risc baix.
      - Gestació múltiple.
      - Fetus mort intrauterí.
      - Part prolongat.
      - Infecció sistèmica.
      - Immobilitat de tres dies o més (paraplegia, repòs absolut).
      - Preeclàmpsia actual.
      - Hemorràgia postpart de més d'un litre o transfusió sanguínia.

---

\* Modificada de Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top Guideline No. 37a. London: RCOG, 2015.<sup>36</sup>

Les puèrperes que hagin passat la COVID-19 durant l'embaràs no necessiten tractament amb HBPM en el puerperi, excepte que presentin factors de risc (igual que qualsevol altra gestant) o que hagin iniciat el tractament al final del tercer trimestre i hagin de mantenir-lo.

La prescripció farmacològica l'ha de fer l'obstetra si es diagnostica la COVID-19 en el mateix dia del part o bé el metge de família si es diagnostica durant les setmanes del puerperi.

### Dosis del tractament

- La dosi de 40 mg d'enoxaparina cada 24 hores és apta per a la majoria de les pacients.
- Cal reduir la dosi al 50 % (20 mg cada 24 hores) si la pacient presenta insuficiència renal amb un índex de filtració glomerular inferior a 30 ml/min.
- No cal fer control analític amb aquestes dosis, encara que sí que és recomanable un hemograma de control als 4-8 dies d'haver iniciat el tractament si ja havia rebut HBPM en el darrer any per un altre motiu, per la possibilitat de trombopènia induïda per l'heparina (que és molt poc probable i que s'esdevé si s'ha rebut HBPM en el darrer any).
- Es pot ajustar la dosi en funció del pes de la pacient d'acord amb la taula següent, que també mostra l'equivalència amb altres heparines.<sup>37</sup>

Taula 2. Dosis profilàctiques de les diferents heparines en funció del pes

Pes	Enoxaparina	Dalteparina	Tinzaparina	Bemiparina
< 50 kg	20 mg/dia	2.500 UI/dia	3.500 UI/dia	2.500 UI/dia
50-90 kg	40 mg/dia	5.000 UI/dia	4.500 UI/dia	3.500 UI/dia*
91-130 kg	60 mg/dia	7.500 UI/dia	7.000 UI/dia	—
131-170 kg	80 mg/dia	10.000 UI/dia	9.000 UI/dia	—
> 170 kg	0,6 mg/kg/dia	75 u/kg/dia	75 u/kg/dia	—
Dosis profilàctiques altes per a dones de 50-90 kg	40 mg cada 12 h	5.000 UI/dia	4.500 UI cada 12 h	—

\* Tot i que es podria fer una recomanació sobre les dosis equivalents en bemiparina per a pesos superiors, els estudis publicats per a la profilaxi del tromboembolisme venós en dones embarassades i en període postnatal fan referència únicament a dosis de 2.500 UI i 3.500 UI.<sup>2,3</sup>

---

## Aspectes importants relacionats amb la medicació

---

Tot i que la majoria dels pacients no han necessitat tractaments específics per combatre la infecció pel SARS-CoV-2 o les conseqüències que implica, és important tenir en compte aspectes relacionats amb la medicació per als casos en què sí que n'han necessitat. La conciliació de la medicació, les interaccions entre fàrmacs i els efectes adversos més freqüents que produeixen són especialment rellevants per completar la valoració del pacient amb símptomes persistents post-COVID i d'aquesta manera millorar-ne la seguretat.

### Conciliació de la medicació

La conciliació de la medicació és el procés consistent a comparar la medicació habitual del pacient amb la que es prescriu després d'una transició assistencial o d'un trasllat dins el mateix nivell assistencial, amb l'objectiu d'analitzar i de resoldre les discrepàncies que es detectin. Les discrepàncies trobades s'han de comentar amb el prescriptor —si és possible— per valorar-ne la justificació i s'han de corregir si és necessari. Els canvis s'han de documentar i s'han de comunicar adequadament al següent responsable sanitari del pacient i al pacient mateix.

Aquest procés s'ha de fer amb la participació de tots els professionals responsables del pacient, sense oblidar el pacient mateix (i/o el seu cuidador) sempre que sigui possible, amb l'objectiu de valorar el compliment terapèutic i/o la manca de comprensió dels tractaments. La finalitat de la conciliació és disminuir els errors de medicació al llarg de tota l'atenció sanitària.

Per aconseguir una conciliació correcta de la medicació, és necessari obtenir una llista completa de la medicació prèvia del pacient; comparar-la amb la prescripció activa, i analitzar i resoldre les discrepàncies que es detectin.

Com a conseqüència de l'epidemiologia de la malaltia, molts dels pacients són persones grans polimedicades, de manera que caldrà revisar el pla terapèutic.

### 1) Recomanacions generals durant la COVID-19

- L'ús d'AINE no està contraindicat, però es recomana utilitzar paracetamol com a analgèsic/antitèrmic de primera elecció.
- Els pacients en tractament amb IECA / ARA II l'han de mantenir, perquè actualment no està justificat modificar-lo.
- En els pacients diabètics, cal suspendre el tractament amb iSGLT2 i ajustar la resta d'hipoglucemians en cas de sospita de COVID-19 activa, atès el risc de cetoacidosi diabètica.<sup>40</sup> No hi ha prou evidència científica per fer una recomanació contra la reintroducció d'aquests fàrmacs en els pacients donats d'alta.<sup>41</sup>
- L'ús d'estatines no s'ha relacionat amb una pitjor evolució de la infecció pel SARS-CoV-2. És important monitoritzar els enzims hepàtics dels pacients de COVID-19, perquè la malaltia pot alterar-los. Pel que fa a les estatines, no és necessari un monitoratge analític diferent del que és habitual.<sup>42</sup>
- L'evidència científica disponible actualment és insuficient per recomanar o no l'ús de vitamina D per prevenir malalties infeccioses.

- Si el pacient necessita que se li administrin broncodilatadors al centre de salut, s'ha de fer amb un dispositiu pressuritzat (MDI) i cambra d'inhalació seguint les instruccions de neteja revisades en el document *Instruccions per a la neteja i la desinfecció de cambres d'inhalació als centres de salut*.
- L'anticoncepció hormonal combinada es pot mantenir en les pacients amb quadres lleus de COVID-19 sense factors de risc trombòtics addicionals (obesitat, tabaquisme, diabetis, hipertensió...). Si hi ha simptomatologia respiratòria moderada-greu, pneumònia o factors de risc trombòtics addicionals, cal valorar el canvi a anticonceptius només amb gestàgens. Cal avaluar individualment la necessitat de profilaxi antitrombòtica.<sup>43</sup>

## 2) Conciliació a l'alta o després de la infecció

- Identificar les discrepàncies entre el tractament previ i el posterior i valorar les possibles modificacions segons la situació actual del pacient.
- Detectar altres problemes (contraindicacions, interaccions, errors de dosi o durada, reaccions adverses) i valorar les substitucions quan sigui necessari.
- Evitar fàrmacs innecessaris (sense indicació clara, utilitat terapèutica baixa, duplicitats, durada excessiva després de l'alta...).
- Incorporar fàrmacs essencials:
  - Que siguin necessaris temporalment (ex., tromboprofilaxi amb HBPM).
  - Que s'hagin interromput durant la infecció o l'ingrés. Pot no ser recomanable reintroduir-ne de cop. En aquest cas, cal seguir aquesta pauta:
    - Reintroduir progressivament els imprescindibles: ACO (després HBPM), antidiabètics no insulínics (pot dur insulina a l'alta), antihipertensius...
    - Valorar si és procedent diferir la reintroducció de fàrmacs utilitzats en la prevenció primària (estatives, bifosfonats...).
    - Valorar si és possible retardar-ne la reintroducció d'altres que tenen més risc d'esdeveniments adversos (psicofàrmacs, AINE, opiacis, anticolinèrgics, antidemència...).

En general, sempre que sigui possible, és important evitar o minimitzar l'ús de fàrmacs que augmentin el risc de pneumònia<sup>44</sup> (vegeu l'annex 7).

### Risc d'interaccions

Com que els fàrmacs utilitzats per combatre la COVID-19 tenen un risc potencial de provocar interaccions, es recomana consultar les bases de dades següents de la Universitat de Liverpool (Regne Unit):

- Covid-19 Drug Interactions: [www.covid19-druginteractions.org](http://www.covid19-druginteractions.org)
- HIV Drug Interactions: [www.hiv-druginteractions.org/checker](http://www.hiv-druginteractions.org/checker)

Pot ser útil descarregar l'app **HemoPer**, desenvolupada pel **Servicio Andaluz de Salud**. A l'apartat «Manejo de antitrombóticos en pacientes con COVID-19» es vol ajudar els pacients de COVID-19 a usar millor els medicaments antitrombòtics.



## Efectes adversos dels medicaments més utilitzats en pacients de COVID-19<sup>45</sup>

En pacients de COVID-19 ingressats s'han utilitzat diferents tractaments, modificats segons la gravetat del quadre, la disponibilitat i l'evidència científica sobre la utilitat que tenen. En aquest apartat es descriuen els fàrmacs que s'han fet servir més sovint i els punts clau de monitoratge o seguiment a curt i mitjà termini des de l'atenció primària. És important revisar la història clínica hospitalària per conèixer el tractament rebut; si no s'ha inclòs en aquest protocol a causa de l'escassa freqüència d'ús, es pot fer una consulta interna al farmacèutic d'atenció primària referent del centre de salut.

### Tocilizumab (anti-IL-6), sarilumab (anti-IL-6) i anakinra (anti-IL-1)

Es recomana estar alerta per detectar oportunament infeccions en pacients que hagin rebut aquest tractament, perquè els signes d'inflamació aguda poden disminuir a causa de la supressió de reactants de fase aguda (proteïna C reactiva). Les reaccions adverses notificades més sovint després d'usar aquests fàrmacs són infeccions del tracte respiratori superior, cefalea, rinofaringitis, hipertensió i elevació dels enzims hepàtics (transitòria i sense lesió hepàtica associada). Es poden detectar també disminució en el recompte de neutròfils absoluts i plaquetes i hipercolesterolèmia transitòria després del tractament amb aquests immunosuppressors.

Encara que no es recomana fer sistemàticament una analítica als pacients que han rebut dosis de sarilumab, tocilizumab o anakinra, és important conèixer-ne els possibles efectes secundaris descrits per si cap pacient els presenta.

### Remdesivir

Atesa l'experiència limitada amb remdesivir en les dosis i la durada recomanades per al tractament de la COVID-19, s'aconsella el monitoratge clínic i analític per detectar-ne de manera precoç qualsevol efecte advers. Els efectes adversos més comuns descrits per a aquest fàrmac són augment de les transaminases hepàtiques, empitjorament de la funció renal i hipotensió, però les recomanacions actuals inclouen el monitoratge d'aquests paràmetres abans i durant el tractament, sense especificar la necessitat de monitoratge després d'acabar-lo. Actualment, no hi ha prou evidència científica per recomanar un monitoratge analític sistemàtic en pacients que hagin rebut aquest tractament en el moment de l'alta.

### Glucocorticoides

Els efectes adversos que poden produir els diferents glucocorticoides utilitzats per tractar la COVID-19 són similars: hiperglucèmia, immunosupressió, debilitat muscular, etc. La probabilitat que apareguin i la gravetat dels efectes estan determinades per la dosi i la durada del tractament i per la presència de comorbiditats prèvies dels pacients. Atès que les pautes recomanades per tractar la COVID-19 amb aquests fàrmacs són de durada curta, la probabilitat que apareguin efectes adversos (osteoporosi, cataractes o infeccions per immunosupressió) és baixa en els pacients sense comorbiditats.

### Plasma convalescent

Els efectes adversos després d'administrar plasma convalescent poden aparèixer en les primeres hores i inclouen reaccions febrils no hemolítiques, reaccions al·lèrgiques, sobrecàrrega circulatoria associada a la transfusió i lesió pulmonar aguda associada a la transfusió, com succeeix amb qualsevol hemocomponent. Ara com ara, no es recomana el monitoratge d'efectes secundaris a llarg termini.<sup>46</sup>

Alguns fàrmacs que es van prescriure inicialment per al tractament hospitalari d'aquests pacients s'han deixat d'utilitzar a mesura que s'han trobat noves evidències sobre els fàrmacs disponibles, com és el cas de l'azitromicina, la hidroxicloroquina, la cloroquina o l'interferó B.

---

## Criteris de derivació per persistència dels símptomes

---

Avui dia, hi ha poca evidència científica sobre quin ha de ser el seguiment dels pacients amb símptomes persistents després de la fase aguda, ni sobre l'etiopatogènia de molts dels símptomes que provoca la infecció pel SARS-CoV-2 a llarg termini.

El seguiment dels pacients que han superat la fase aguda de la COVID-19 és diferent segons l'impacte i la gravetat de la malaltia en la fase aguda i les seqüeles o les complicacions que el pacient hagi presentat.

Això no obstant, en el cas del seguiment de l'afectació respiratòria s'ha publicat un document de consens que estableix els criteris d'actuació davant la persistència dels símptomes:<sup>47</sup>

- Pacients amb quadres lleus: seguiment ambulatori. S'aconsella una visita no presencial per valorar la persistència dels símptomes (8-12 setmanes). Si persisteixen els símptomes respiratoris (tos, dispnea, fatiga, dolor toràcic), s'aconsella la valoració presencial amb radiografia de tòrax i espirometria per descartar alteracions en el parènquima pulmonar o en la via aèria. Si es detecta alguna alteració, cal consultar-la a la consulta de pneumologia o derivar-hi el cas.
- Pacients amb pneumònia lleu: seguiment ambulatori. S'aconsella una visita presencial o no presencial amb radiografia de tòrax en 8-12 setmanes:
  - Si es detecta alguna alteració radiològica o símptomes persistents, cal consultar-ho a la consulta de pneumologia (o de medicina interna / malalties infeccioses) o derivar-hi el cas.
  - En els casos de pacients asimptomàtics sense alteracions detectades en la radiografia de tòrax, cal fer una espirometria a les 8-12 setmanes i donar-li l'alta. Si presenta alteracions, cal valorar remetre'ls a la consulta de pneumologia.
- Persistència de la resta de símptomes o mala evolució clínica: depèn de la sospita clínica i de l'estat del pacient. Es pot derivar el cas a un servei d'urgències hospitalàries o a la consulta de l'especialitat que correspongui (medicina interna, pneumologia, etc.) segons el circuit de cada hospital referent, per fer el seguiment del cas i les proves complementàries.
- En els casos de pacients que han necessitat ingrés hospitalari durant la fase aguda i que durant l'ingrés hagin patit COVID-19 moderada-greu, i/o hagin necessitat estada en una UCI, o presentin gran afectació radiològica en el moment de l'alta, o hagin rebut tractament immunosupressor durant l'ingrés, o necessitin oxigenoteràpia domiciliària crònica, cal fer el seguiment en les consultes externes de l'hospital referent (consulta post-COVID, pneumologia o medicina interna / malalties infeccioses, segons l'hospital).



---

## Reincorporació a la feina o a l'exercici d'alt nivell

---

La capacitat dels pacients per reincorporar-se a la feina o a l'exercici d'alt nivell s'ha d'avaluar individualment; probablement variarà depenent del seu estat funcional basal previ a la COVID-19, de la gravetat de la malaltia i del tipus i la gravetat de les complicacions que hagin patit.

En general, els pacients que planegen tornar a l'esport d'alt nivell o a una ocupació físicament exigent després d'una miocarditis confirmada primer han de ser avaluats a la consulta de cardiologia. No està clara la necessitat d'examinar els atletes d'alt nivell per detectar miocarditis subclínica durant la COVID-19 i després de recuperar-se.<sup>7</sup>

La comprensió actual de la recuperació de la COVID-19 és limitada, però la investigació preliminar ha destacat diverses preocupacions clau, una de les quals és el potencial de lesió cardíaca, fins i tot per miocarditis viral, la qual cosa és important perquè la tornada a l'exercici patint miocarditis s'associa a l'augment de la morbiditat i la mortalitat.<sup>48</sup> Per aquest motiu, és recomanable estratificar el risc dels pacients de COVID-19 abans de recomanar-los que recuperin l'activitat física. Les recomanacions per a la incorporació laboral o per a l'exercici d'alt nivell han de tenir en compte els aspectes següents:<sup>49</sup>

- Els pacients amb símptomes persistents o amb símptomes cardíacs en la fase aguda (palpitacions, dolor toràcic, dispnea greu o síncope) o amb antecedents suggestius d'afectació cardíaca requereixen una avaluació clínica addicional.
- S'ha de reprendre l'exercici físic únicament després que hagin passat almenys set dies sense símptomes i l'exercici ha de començar fent esforços mínims almenys durant dues setmanes.

## Referències bibliogràfiques

- 1) National Institute for Health and Care Excellence. COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19 [en línia]. 18 desembre 2020. [www.nice.org.uk/guidance/ng188](http://www.nice.org.uk/guidance/ng188) [consulta: 21 juny 2021].
- 2) ZOE COVID Symptom Study. How long does COVID-19 last? [en línia]. [covid19.joinzoe.com/post/covid-long-term?fbclid=IwAR1RxlcmmdL-EFjh\\_al-](https://covid19.joinzoe.com/post/covid-long-term?fbclid=IwAR1RxlcmmdL-EFjh_al-) [consulta: 21 juny 2021].
- 3) Carfi A, Bernabei R, Landi F, Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *JAMA*. 2020 Aug 11;324(6):603-605. [jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2768351](https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2768351) [consulta: 21 juny 2021].
- 4) Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, Sepulveda R, Rebolledo PA, Cuapio A, et al. More than 50 Long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis [edició preliminar]. [www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.27.21250617v2.full-text](https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.27.21250617v2.full-text) [consulta: 21 juny 2021].
- 5) Huang Y, Pinto MD, Borelli JL, Mehrabadi MA, Abrihim H, Dutt N, et al. COVID Symptoms, Symptom Clusters, and Predictors for Becoming a Long-Hauler: Looking for Clarity in the Haze of the Pandemic [edició preliminar]. [www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.03.21252086v1.full.pdf](https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.03.21252086v1.full.pdf) [consulta: 21 juny 2021].
- 6) Greenhalgh T, Knight M, A'Court C, Buxton M, Husain L. Management of post-acute covid-19 in primary care. *BMJ*. 2020 Aug 11;370:m3026. [www.bmj.com/content/370/bmj.m3026](https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3026) [consulta: 21 juny 2021].
- 7) Vaes AW, Machado FVC, Meys R, Delbressine JM, Goertz YMJ, Van Herck M, et al. Care Dependency in Non-Hospitalized Patients with COVID-19. *J Clin Med*. 2020 Sep 12;9(9):E2946. [www.mdpi.com/2077-0383/9/9/2946/htm](https://www.mdpi.com/2077-0383/9/9/2946/htm) [consulta: 21 juny 2021].
- 8) Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Post-COVID-19 global health strategies: the need for an interdisciplinary approach. *Aging Clin Exp Res*. 2020 Aug;32(8):1613-1620. [link.springer.com/article/10.1007/s40520-020-01616-x](https://link.springer.com/article/10.1007/s40520-020-01616-x) [consulta: 21 juny 2021].
- 9) Mikkelsen ME, Abramoff B. COVID-19: Evaluation and management of persistent symptoms in adults following acute viral illness [en línia]. UpToDate; 26 abril 2021. [www.uptodate.com/contents/covid-19-evaluation-and-management-of-adults-following-acute-viral-illness](https://www.uptodate.com/contents/covid-19-evaluation-and-management-of-adults-following-acute-viral-illness) [consulta: 21 juny 2021].
- 10) Cimas Hernando JE. Seguimiento de los pacientes con secuelas no respiratorias de la COVID-19. *FMC*. 2021 Feb;28(2):81-9. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7909903](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7909903) [consulta: 21 juny 2021].
- 11) Sisó Almirall A (dir.). Manifestacions persistents de la COVID-19: guia de pràctica clínica. Barcelona: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària; 2020. [gestor.camfic.cat/uploads/ITEM\\_13380\\_EBLOG\\_4143.pdf](https://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_13380_EBLOG_4143.pdf) [consulta: 21 juny 2021].
- 12) Sociedad Española de Radiología Médica. Guía básica de indicaciones de pruebas de imagen en la infección COVID-19 (versió 1). Madrid; 21 març 2020. [seram.es/images/site/Recomendaciones\\_imagen\\_SERAM\\_COVID\\_19.pdf](https://seram.es/images/site/Recomendaciones_imagen_SERAM_COVID_19.pdf) [consulta: 21 juny 2021].



- 13) Aldecoa Landesa S, Carbajo Martín L, Hernández Rodríguez MA, Martín Álvarez R, Martínez Vázquez MM, Párraga Martínez I, et al. Continuidad asistencial al alta en pacientes con diagnóstico de neumonía por el SARS-CoV-2. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; s/d. [www.semfyc.es/wp-content/uploads/2020/04/Covid19-criterios-24-04-2020.pdf](http://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2020/04/Covid19-criterios-24-04-2020.pdf) [consulta: 21 juny 2021].
- 14) Pérez Pallarés J, Flandes Aldeyturriaga J, Cases Viedma E, Cordovilla Pérez R. Recomendaciones de consenso SEPAR-AEER sobre la utilidad de la ecografía torácica en el manejo del paciente con sospecha o infección confirmada con COVID-19. Arch Bronconeumol. 2020 Jul;56(52):27-30. [www.archbronconeumol.org/es-recomendaciones-consenso-separ-aeer-sobre-utilidad-articulo-S0300289620300995](http://www.archbronconeumol.org/es-recomendaciones-consenso-separ-aeer-sobre-utilidad-articulo-S0300289620300995) [consulta: 21 juny 2021].
- 15) Fernández de Sanmamed Santos MJ, Riera Armengol L, Serrano Ferrández E. ¿Y después de la fase aguda de la COVID-19 qué...? [en línia]. AMF. 2020;16(7). [amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=2628](http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2628) [consulta: 21 juny 2021].
- 16) Tenforde MW, Kim SS, Lindsell CJ, Billig Rose E, Shapiro NI, Files C, et al. Symptom Duration and Risk Factors for Delayed Return to Usual Health Among Outpatients with COVID-19 in a Multistate Health Care. MMWR. 2020;69(30):993-998. [www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6930e1.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6930e1.htm) [consulta: 21 juny 2021].
- 17) Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland S, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet 2020;395:912–20. [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673620304608](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673620304608) [consulta: 21 juny 2021].
- 18) Homerton University Hospital. Post-COVID 19 patient information pack: Helping you to recover and manage your symptoms following COVID-19. Londres; 2020. [gp-website-cdn-prod.s3.amazonaws.com/downloads/1589364822-a2ac4f0d54141da323f4087888276478.pdf](https://gp-website-cdn-prod.s3.amazonaws.com/downloads/1589364822-a2ac4f0d54141da323f4087888276478.pdf) [consulta: 21 juny 2021].
- 19) National Institute for Health and Care Excellence. Statement about graded exercise therapy in the context of COVID-19. 2020. [www.nice.org.uk/guidance/gid-ng10091/documents/statement](http://www.nice.org.uk/guidance/gid-ng10091/documents/statement)
- 20) Barker-Davies RM, O'Sullivan O, Senaratne KPP, Baker P, Cranley M, Dharm-Datta S, et al. The Stanford Hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation. Br J Sports Med. 2020;54:949-59. [bjsm.bmj.com/content/54/16/949](http://bjsm.bmj.com/content/54/16/949) [consulta: 21 juny 2021].
- 21) Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. Crisis COVID-19 (SARS CoV-2): Recomendaciones de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF) sobre el impacto de la pandemia del coronavirus COVID-19 sobre los servicios de rehabilitación. Madrid; s/d. [www.sermeef.es/wp-content/uploads/2020/03/Recomendaciones-SERMEF-ante-COVID-19.pdf](http://www.sermeef.es/wp-content/uploads/2020/03/Recomendaciones-SERMEF-ante-COVID-19.pdf) [consulta: 21 juny 2021].
- 22) Hopkins C, Burges Watson DL, Kelly C, Deary V, Smith BC. Managing long covid: don't overlook olfactory dysfunction. BMJ 2020;370:m3736. [www.bmj.com/content/bmj/370/bmj.m3736.full.pdf](http://www.bmj.com/content/bmj/370/bmj.m3736.full.pdf) [consulta: 21 juny 2021].
- 23) Ong J, Young BE, Ong S. COVID-19 in gastroenterology: a clinical perspective. Gut. 2020 Jun;69(6):1144-5. [gut.bmj.com/content/69/6/1144](http://gut.bmj.com/content/69/6/1144) [consulta: 21 juny 2021].

- 24) Xiang Y-T, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(3):228-9. [www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30046-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30046-8/fulltext) [consulta: 21 juny 2021].
- 25) Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak TA, McGuire P, Fusar-Poli P, et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020 Jul;7(7):611-627. [www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30203-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30203-0/fulltext) [consulta: 21 juny 2021].
- 26) Pintor de la Maza B, Hernández Moreno A. Recomendaciones para enriquecimiento nutricional en personas con pérdida de apetito por infección. Madrid: Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición; s/d. [www.seen.es/ModulGEX/workspace/publico/modulos/web/docs/apartados/925/260320\\_043625\\_1352296268.pdf](http://www.seen.es/ModulGEX/workspace/publico/modulos/web/docs/apartados/925/260320_043625_1352296268.pdf) [consulta: 21 juny 2021].
- 27) Horby P, Lim WS, Emberson JR, Mafham M, Bell JL, Linsell L, et al. Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19. *N Engl J Med*. 2021 Feb 25;384(8):693-704. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7383595](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7383595) [consulta: 21 juny 2021].
- 28) Tardif JC, Bouabdallaoui N, L'Allier PL, Gaudet D, Shah B, Pillinger MH, et al. Efficacy of Colchicine in Non-Hospitalized Patients with COVID-19 [edició preliminar]. [www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.26.21250494v1.full.pdf](http://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.26.21250494v1.full.pdf) [consulta: 21 juny 2021].
- 29) Primum non nocere [blog]. Empiezan los datos en el estudio COLCORONA -Colchicina para pacientes con COVID-19 no hospitalizados [en línia]. 30 gener 2021. [rafabravo.blog/2021/01/28/empiezan-los-datos-en-el-estudio-colcorona-colchicina-para-pacientes-con-covid-19-no-hospitalizados](http://rafabravo.blog/2021/01/28/empiezan-los-datos-en-el-estudio-colcorona-colchicina-para-pacientes-con-covid-19-no-hospitalizados) [consulta: 21 juny 2021].
- 30) Servicio de Salud del Principado de Asturias. Seguimiento de pacientes con COVID-19 tras el alta hospitalaria [versió 3]. 5 octubre 2020. [www.astursalud.es/documents/31867/1002704/Seguimiento+coronavirus+en+Atencion+Primaria+13042020.pdf/654069d7-2c48-b02b-cb84-ff2cf97a741f](http://www.astursalud.es/documents/31867/1002704/Seguimiento+coronavirus+en+Atencion+Primaria+13042020.pdf/654069d7-2c48-b02b-cb84-ff2cf97a741f) [consulta: 21 juny 2021].
- 31) British Thoracic Society. BTS guidance on venous thromboembolic disease in patients with COVID-19 [versió 3]. 8 febrer 2021. [www.brit-thoracic.org.uk/document-library/guidelines/ambulatory-pe/bts-guideline-for-the-initial-outpatient-management-of-pulmonary-embolism](http://www.brit-thoracic.org.uk/document-library/guidelines/ambulatory-pe/bts-guideline-for-the-initial-outpatient-management-of-pulmonary-embolism) [consulta: 21 juny 2021].
- 32) Fernández de Sanmamed Santos MJ, Riera Armengol L, Serrano Ferrández E. ¿Y después de la fase aguda de la COVID-19 qué...? [en línia]. *AMF*. 2020;16(7). [amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=2643](http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2643) [consulta: 21 juny 2021].
- 33) Institut Català de Farmacologia. Malaltia tromboembòlica i la necessitat d'anticoagulació en la COVID-19 [en línia]. 7 maig 2020. [www.icf.uab.cat/ca/ficf/sars](http://www.icf.uab.cat/ca/ficf/sars) [consulta: 21 juny 2021].
- 34) Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia. Recomendaciones de tromboprofilaxis y tratamiento antitrombótico en pacientes con COVID-19 [en línia]. 29 abril 2020. [www.covid-19.seth.es/recomendaciones-de-tromboprofilaxis-y-tratamiento-antitrombotico-en-pacientes-con-covid-19](http://www.covid-19.seth.es/recomendaciones-de-tromboprofilaxis-y-tratamiento-antitrombotico-en-pacientes-con-covid-19) [consulta: 21 juny 2021].



- 35) Servicio de Salud de las Islas Baleares. Actualización de las condiciones de uso de los anticoagulantes orales de acción directa en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular en el ámbito del Servicio de Salud de las Islas Baleares. 20 noviembre 2020 [cal comprovar si hi ha versió en català] [intranet.ssib.es/sc/dpca/cf/gfa/Lists/Medicamentos%20Evaluados/DispForm.aspx?ID=139](http://intranet.ssib.es/sc/dpca/cf/gfa/Lists/Medicamentos%20Evaluados/DispForm.aspx?ID=139) [consulta: 21 juny 2021].
- 36) Ministerio de Sanidad. Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19. Madrid; 17 juny 2020. [www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Documento\\_manejo\\_embarazo\\_recien\\_nacido.pdf](http://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Documento_manejo_embarazo_recien_nacido.pdf) [consulta: 21 juny 2021].
- 37) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium. Londres; abril 2015. [www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-37a.pdf](http://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-37a.pdf) [consulta: 21 juny 2021].
- 38) Bain E, Wilson A, Toohar R, Gates S, Davis LJ, Middleton P. Prophylaxis for venous thromboembolic disease in pregnancy and the early postnatal period. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Feb 11;(2):CD001689. [www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001689.pub3/full](http://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001689.pub3/full) [consulta: 21 juny 2021].
- 39) Cruz M, Fernández-Alonso AM, Rodríguez I, Garrigosa L, Caño A, Carretero P, et al. Postcesarean thromboprophylaxis with two different regimens of bempiparin. Obstet Gynecol Int. 2011;2011:548327. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3253471](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3253471) [consulta: 21 juny 2021].
- 40) Alalaf SK, Jawad RK, Muhammad PR, Ali MS, Al Tawil NG. Bempiparin versus enoxaparin as thromboprophylaxis following vaginal and abdominal deliveries: a prospective clinical trial. BMC Pregnancy Childbirth. 2015 Mar 28;15:72. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4377203](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4377203) [consulta: 21 juny 2021].
- 41) Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Medicamentos antihipertensivos que actúan sobre el sistema renina angiotensina e infección por COVID-19 [en línia]. 10 juny 2020. [www.aemps.gob.es/informa/notasinformativas/medicamentosusohumano-3/seguridad-1/2020-seguridad-1/medicamentos-antihipertensivos-que-actuan-sobre-el-sistema-renina-angiotensina-e-infeccion-por-covid-19](http://www.aemps.gob.es/informa/notasinformativas/medicamentosusohumano-3/seguridad-1/2020-seguridad-1/medicamentos-antihipertensivos-que-actuan-sobre-el-sistema-renina-angiotensina-e-infeccion-por-covid-19) [consulta: 21 juny 2021].
- 42) Servei Català de la Salut. Nota informativa sobre la seguretat dels inhibidors del cotransportador sodi-glucosa tipus 2 (SGLT2) en el context de la crisi de la COVID-19 [en línia]. 15 abril 2020. [scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/4863/nota\\_informativa\\_seguretat\\_inhibidors\\_cotransportador\\_sodi\\_glucosa\\_tipus\\_2\\_isgl2\\_context\\_crisi\\_covid19\\_2020.pdf](http://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/4863/nota_informativa_seguretat_inhibidors_cotransportador_sodi_glucosa_tipus_2_isgl2_context_crisi_covid19_2020.pdf) [consulta: 21 juny 2021].
- 43) Virani SS. Is There a Role For Statin Therapy in Acute Viral Infections? [en línia]. American College of Cardiology. 18 març 2020. [www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2020/03/18/15/09/is-there-a-role-for-statin-therapy-in-acute-viral-infections-covid-19](http://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2020/03/18/15/09/is-there-a-role-for-statin-therapy-in-acute-viral-infections-covid-19) [consulta: 21 juny 2021].
- 44) Carbajo L, Fernández A, Martín R (ed.). Abordaje del paciente con COVID-19 en atención primaria. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; s/d [www.semfyec.es/formacion-y-recursos/abordaje-del-paciente-con-covid-19-en-atencion-primaria](http://www.semfyec.es/formacion-y-recursos/abordaje-del-paciente-con-covid-19-en-atencion-primaria) [consulta: 21 juny 2021].

- 45) No Gracias [blog]. Laporte J-R, Healy D. Medicamentos que aumentan el riesgo de neumonía [en línia]. 4 abril 2020. [www.nogracias.org/2020/04/04/medicamentos-que-aumentan-el-riesgo-de-neumonia-por-joan-ramon-laporte-y-david-healy](http://www.nogracias.org/2020/04/04/medicamentos-que-aumentan-el-riesgo-de-neumonia-por-joan-ramon-laporte-y-david-healy) [consulta: 21 juny 2021].
- 46) Consejería de Sanidad. Protocolo de seguimiento en atención primaria tras el alta hospitalaria de pacientes adultos con infección por COVID-19. Junta de Castilla y León; 23 abril 2020. [www.urgenciasmiranda.com/app/download/7896620862/Seguimiento+en+AP+tras+el+alta+hospitalaria+230420.pdf](http://www.urgenciasmiranda.com/app/download/7896620862/Seguimiento+en+AP+tras+el+alta+hospitalaria+230420.pdf) [consulta: 21 juny 2021].
- 47) Katz LM. (A Little) Clarity on Convalescent Plasma for Covid-19. N Engl J Med. 2021 Feb 18;384(7):666-8. [www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe2035678](http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe2035678) [consulta: 21 juny 2021].
- 48) Sibila O, Molina-Molina M, Valenzuela V, Ríos-Cortés A, Arbillaga-Etxarrie A, Torralba García Y, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) para el seguimiento clínico post-COVID-19. Open Respir Arch. 2020;2(4):278-283. [www.elsevier.es/en-revista-open-respiratory-archives-11-avance-resumen-documento-consenso-sociedad-espanola-neumologia-S2659663620300771](http://www.elsevier.es/en-revista-open-respiratory-archives-11-avance-resumen-documento-consenso-sociedad-espanola-neumologia-S2659663620300771) [consulta: 21 juny 2021].
- 49) Wilson MG, Hull JH, Rogers J, Pollock N, Dodd, Haines J, et al. Cardiorespiratory considerations for return-to-play in elite athletes after COVID-19 infection: a practical guide for sport and exercise medicine physicians. Br J Sports Med 2020;54:1157-61. [bjsm.bmj.com/content/54/19/1157](http://bjsm.bmj.com/content/54/19/1157) [consulta: 21 juny 2021].
- 50) Salman D, Vishnubala D, Le Feuvre P, Beaney T, Korgaonkar J, Majeed A, et al. Returning to physical activity after covid-19. BMJ. 2021 Jan 8;372:m4721. [www.bmj.com/content/372/bmj.m4721](http://www.bmj.com/content/372/bmj.m4721) [consulta: 21 juny 2021].

---

# ANNEXOS

---



# Annex 1. COVID-19 persistent a l'atenció primària

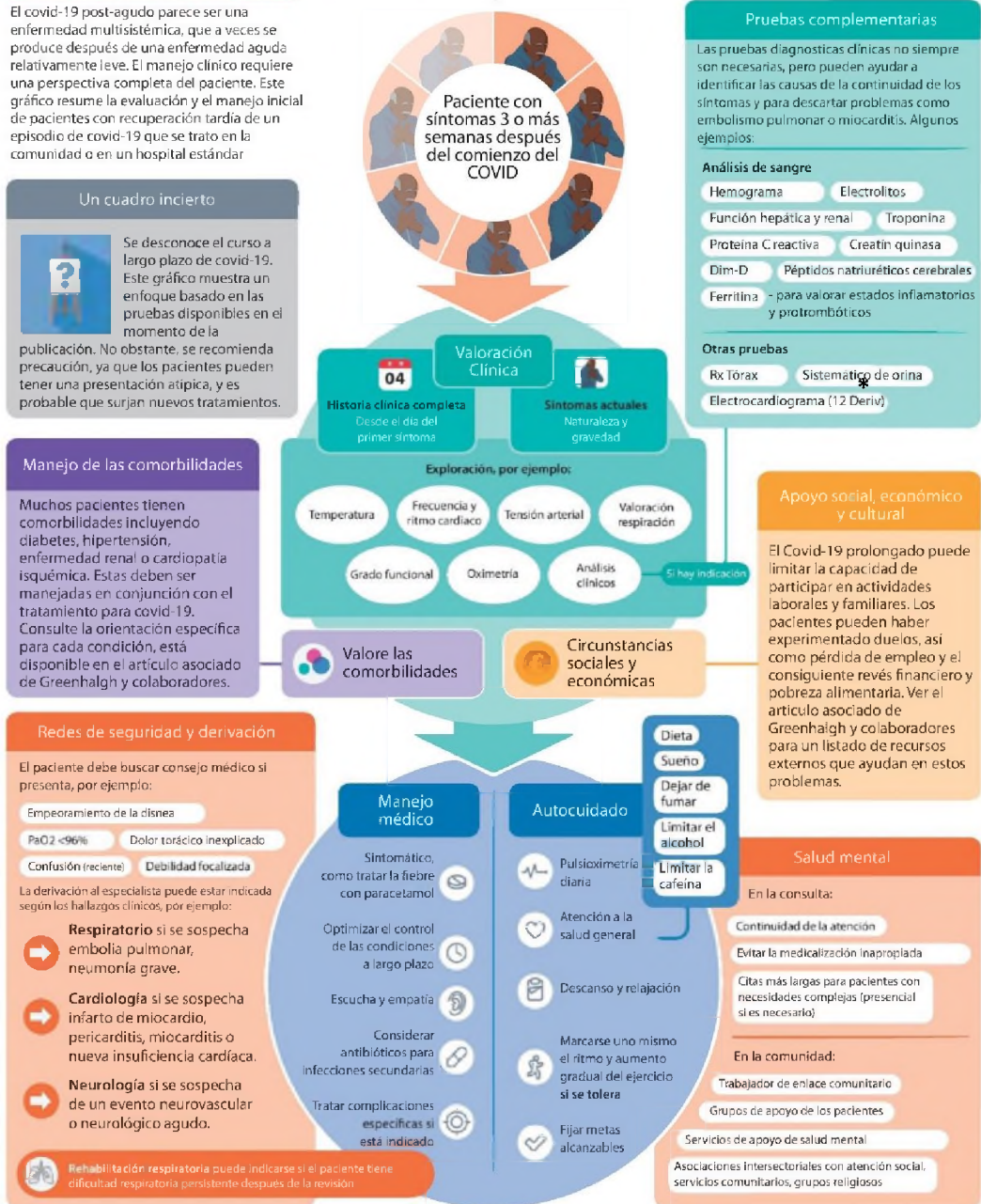
**thebmj** Sumario visual 

Traducción al castellano y adaptación: una edición del original

El covid-19 post-agudo parece ser una enfermedad multisistémica, que a veces se produce después de una enfermedad aguda relativamente leve. El manejo clínico requiere una perspectiva completa del paciente. Este gráfico resume la evaluación y el manejo inicial de pacientes con recuperación tardía de un episodio de covid-19 que se trató en la comunidad o en un hospital estándar

## «COVID de larga duración» en atención primaria

Evaluación y manejo inicial de pacientes con síntomas persistentes



**thebmj** Read the full article online <https://bit.ly/BMJlong>

© 2020 BMJ Publishing Group Ltd.  
 Disclaimer: This infographic contains all data and clinical information. This infographic is provided for informational purposes only. It is not intended to be used as a substitute for professional medical advice. Any reliance placed on this information is solely at the user's own risk. For the full disclaimer, please see the original article at <https://www.bmj.com/content/369/n10249>.  
 Traducción al castellano y diseño: @RafaBravo y @Fernandofabiani

See more visual summaries <http://www.bmj.com/infographics>

Font: Manejo del covid-19 postagudo en atención primaria. [rafabravo.blog/2020/08/13/manejo-del-covid-19-postagudo-en-atencion-primaria](https://rafabravo.blog/2020/08/13/manejo-del-covid-19-postagudo-en-atencion-primaria)

## Annex 2. Exploracions complementàries i símptomes persistents

	Fatiga	Artràlgies	Miàlgies	Dolor tòrax	Tos	Dispnea	Anòsmia/ Disgeusia/ Cefalea Tr. Digestius		
Hemograma	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	x	Sí	Sí
VSG	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	x	Sí	x
PCR	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	x	x	x
Na/K	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	x	x	Sí
Perfil Hepàtic	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	x	x	Sí
Perfil pancreàtic	x	x	x	Sí	x	x	x	x	Sí
Perfil renal	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	x	x	Sí
Funció tiroïdal	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	x	x	x	x
Proteïnoograma	Sí	Sí	Sí	x	x	x	x	x	x
Perfil nutricional	Sí	Sí	Sí	x	x	x	x	x	x
Cortisol	Sí	x	x	x	x	x	x	x	x
FR	x	Sí	Sí	x	x	x	x	x	x
Pèptids natriurètics	x	x	x	Sí	x	Sí	x	x	x
D-dímer	x	x	x	Sí	x	Sí	x	x	x
Enzims musculars	x	x	Sí	Sí	x	Sí	x	x	x
Ac-Antitransglutaminasa	x	x	x	x	x	x	x	x	Sí
Sang Oculta Femtes	x	x	x	x	x	x	x	x	Sí
Pressió arterial	x	x	x	Sí	x	x	x	Sí	x
Fons d'ull	x	x	x	x	x	x	x	Sí	x
Saturació O2	Sí	x	x	Sí	Sí	Sí	x	x	x
ECG	x	x	x	Sí	Sí	Sí	x	x	x
Rx tòrax	x	x	x	Sí	Sí	Sí	x	x	x
Eco pulmonar	x	x	x	Sí	Sí	Sí	x	x	x
Eco articular	x	Sí	x	x	x	x	x	x	x
Eco Abdominal	x	x	x	x	x	x	x	x	Sí
Esprometria	Sí	x	x	Sí	Sí	Sí	x	x	x
TC toràcic	x	x	x	Sí	x	Sí	x	x	x
Endoscòpia Digestiva	x	x	x	x	x	x	x	x	Sí

Font: Sisó Almirall A (dir.). Manifestacions persistents de la COVID-19: guia de pràctica clínica. Barcelona: Societat Espanyola de Medicina Familiar i Comunitària; 2020.



---

## Annex 3. Eines per valorar la fatiga i la dispnea

---

### Fatiga

Prova de la caminada de sis minuts ([enllaç de descàrrega](#)) i una o més de les següents:

- [EuroQol-5D-5L](#)
- [Timed Up and Go \(TUG\)](#)
- [Short Physical Performance Battery \(SPPB\)](#)

### Dispnea

- [Escala de disnea mMRC](#)
- [Escala NYHA](#)
- [Escala de Borg](#)



---

## Annex 4. Recursos en línia sobre l'estrès, l'ansietat i la depressió

---

- [National Institute of Mental Health. 5 cosas que usted debe saber sobre el estrés](#)
- [Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria \(anexo 4, «Información para el paciente: aprendiendo a conocer y manejar la ansiedad»\)](#)
- [Servicio Andaluz de Salud. Guías de autoayuda para la depresión y los trastornos de ansiedad](#)



---

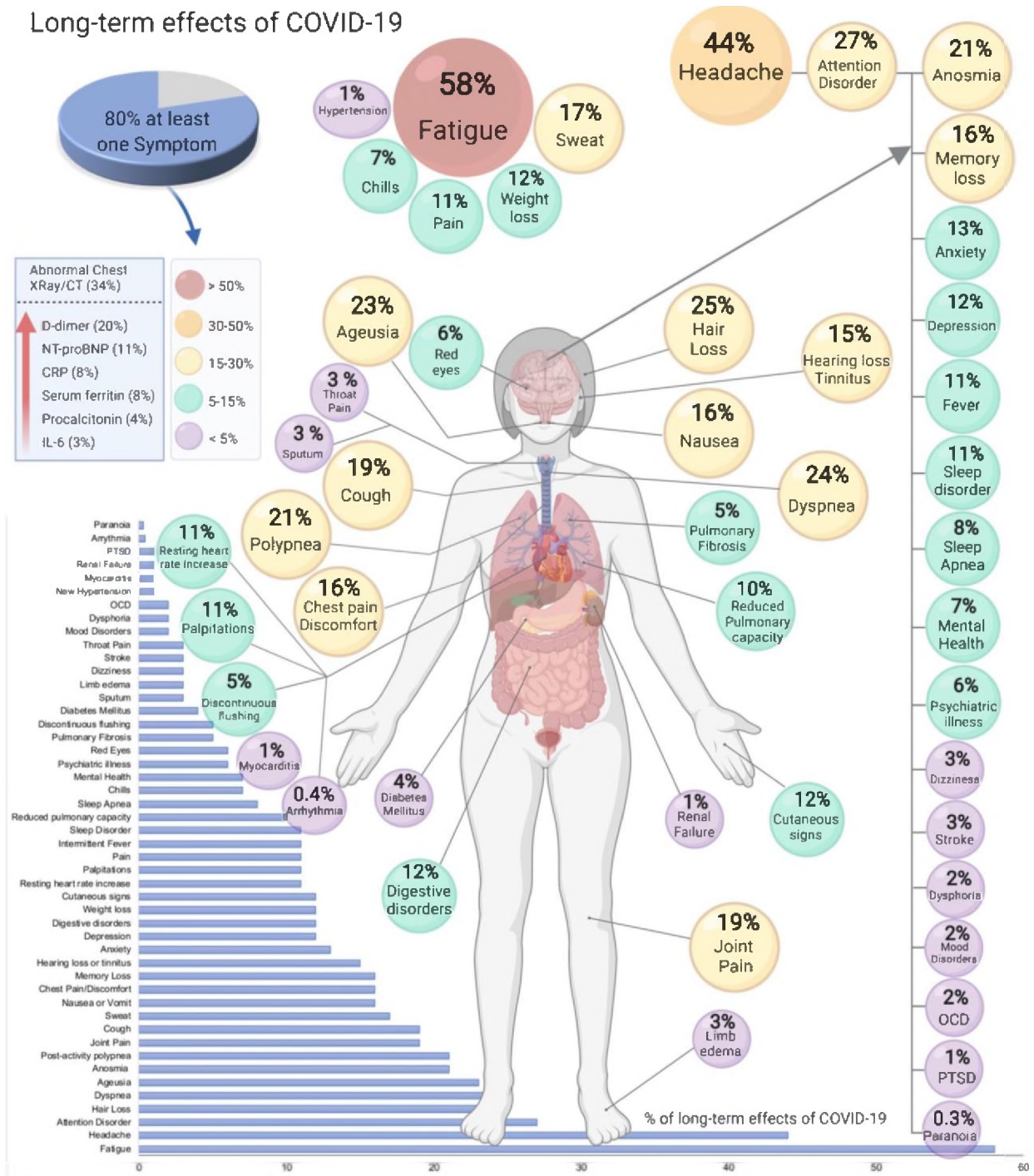
## Annex 5. Síntomes comuns de la COVID-19 persistent i de la síndrome post-COVID<sup>1</sup>

---

Els símptomes després de la COVID-19 aguda són molt variables i tenen un gran abast. Els que es registren més sovint inclouen els següents, però no es limiten a aquests:

- Síntomes respiratoris: falta d'alè, tos.
- Síntomes cardiovasculars: opressió al pit, mal de pit, palpitations.
- Síntomes generals: fatiga, febre, mal.
- Síntomes neurològics: deteriorament cognitiu (boira mental, pèrdua de la concentració o problemes de memòria); mal de cap; alteració del son; símptomes de neuropatia perifèrica (formigueig i entumiment); mareig o deliri (en persones grans).
- Síntomes gastrointestinals: dolor abdominal, nàusees, diarrea, anorèxia i disminució de la gana (en persones grans).
- Síntomes musculoesquelètics: dolor a les articulacions, dolor muscular.
- Síntomes psicològics/psiquiàtrics: símptomes de depressió, símptomes d'ansietat.
- Síntomes de l'orella, del nas i de la gola: acúfens, mal d'orella, mal de coll, mareig, pèrdua dels sentits del gust i/o de l'olfacte.
- Síntomes dermatològics: erupcions a la pell o caiguda de cabells (efluvi telogen).

### Long-term effects of COVID-19



Font: Lopez-Leon S, et al. More than 50 Long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis

## Annex 6. Interaccions d'anticoagulants amb tractaments per a la COVID-19

		Azitromicina	Dexametasona	Hidrocortisona	Interferó $\beta$	Remdesivir	Tocilizumab
Anticoagulants	Acenocumarol	↔	↔	↔	↔	↔	↓
	Apixaban	↑	↓	↔	↔	↔	↓
	Dabigatran	↑	↓	↔	↔	↔	↔
	Edoxaban	↑	↓	↔	↔	↔	↔
	Enoxaparina	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	Fondaparinux	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	Heparina	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	Rivaroxaban	↑	↓	↔	↔	↔	↓
	Tinzaparina	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	Warfarina	↔	↔	↔	↔	↔	↓

Font: adaptat de Liverpool Drug Interaction Group - University of Liverpool. [www.covid19-druginteractions.org/prescribing-resources](http://www.covid19-druginteractions.org/prescribing-resources)

### Llegenda

↓	Potencial disminució de l'exposició a l'anticoagulant	↔	Efecte no significatiu	↔	Interacció potencial que requereix ajustament de la dosi o monitoratge
↔	Efecte no significatiu	↔	Interacció potencial probablement de baixa intensitat Poc probable que requereixi monitoratge addicional o ajustament de dosi	↔	No s'espera interacció clínicament significativa

### Notes:

- Apixaban + lopinavir/ritonavir: l'etiqueta del producte per a l'apixaban als Estats Units recomana usar-lo en dosis reduïdes (2,5 mg/dia) si és necessari.
- Edoxaban + lopinavir/ritonavir: la fitxa tècnica europea per a l'edoxaban recomana considerar una reducció de la dosi de 60 mg a 30 mg amb inhibidors potents de la P-gp; però la fitxa d'aquells dels Estats Units no recomana reduir-ne la dosi.
- Acenocumarol o warfarina + azitromicina o lopinavir/ritonavir: monitoritzar l'INR.
- Acenocumarol o warfarina + tocilizumab: monitoritzar l'INR.
- Acenocumarol o warfarina + dexametasona o hidrocortisona: l'efecte dels antagonistes de la vitamina K pot augmentar per l'ús concurrent de corticoesteroides. És necessari un monitoratge estret de l'INR o temps de protrombina per evitar el sagnat espontani.
- Apixaban, dabigatran, edoxaban o rivaroxaban + dexametasona: la COVID-19 està associada a hipercoagulopatia i a l'excés de complicacions trombòtiques, i s'han de considerar alternatives com l'heparina de baix pes molecular en la malaltia greu. La reducció en les concentracions d'aquests fàrmacs pot persistir més de catorze dies després de completar la pauta amb dexametasona.

## Annex 7. Resum de fàrmacs i risc de pneumònia

Fàrmacs que augmenten el risc de pneumònia o complicacions d'aquesta	Possibles mecanismes i recomanacions
<b>Antipsicòtics</b> Aripiprazole, olanzapina, quetiapina, risperidona, haloperidol	Provoquen sedació, hipoventilació i efectes anticolinèrgics. Augmenten el risc de broncoaspiració i afavoreixen l'aparició d'atelectasi. Deprimeixen la immunitat. Poden ser causa de discinèsia respiratòria que pot ser confosa amb asma o altres malalties pulmonars.  En l'abordatge de l'agitació en ancians i dels símptomes conductuals i psicològics de la demència, s'ha de limitar l'ús a pacients que no responguin a altres intervencions i, si s'utilitzen, se n'ha d'avaluar periòdicament la necessitat.
<b>Anticolinèrgics</b> <b>Antihistamínics H1</b> Clorfenamina, difenhidramina, hidroxizina <b>Antidepressius</b> Amitriptilina, clomipramina, doxepina, imipramina, paroxetina <b>Antiespasmòdics urinaris</b> Oxibutinina, tolterodina, flavoxat <b>Antiespasmòdics gastrointestinals</b> Hioscina, diciclomina <b>Antivertiginosos</b> Prometazina, meclozina <b>Antiparkinsonians</b> Amantadina, biperidèn, trihexifenidil <b>Antiepilèptics</b> Carbamazepina, oxcarbazepina	Molts d'aquests medicaments també produeixen efectes sedants per altres mecanismes i augmenten el risc de pneumònia. L'efecte anticolinèrgic pot contribuir a produir atelectasi en el context d'una infecció respiratòria vírica.  Es recomana evitar usar-los quan sigui possible, sobretot en gent gran, i evitar els tractaments no necessaris i/o cercar alternatives terapèutiques quan sigui possible.
<b>Analgèsics opiacis</b> Codeïna,* morfina,* fentanil,* metadona,* tramadol, oxicodona	Provoquen depressió respiratòria i hipoventilació pulmonar. Alguns tenen efectes immunosupressors (*) i efectes anticolinèrgics. Augmenten el risc de broncoaspiració i afavoreixen l'aparició d'atelectasi.  Se n'ha d'avaluar periòdicament la necessitat.
<b>Antidepressius</b> ISRS, IRSN	Provoquen sedació, hipoventilació i efectes anticolinèrgics. Augmenten el risc de broncoaspiració i afavoreixen l'aparició d'atelectasi. Deprimeixen la immunitat.  Se n'ha d'avaluar periòdicament la necessitat.
<b>Hipnòtics i sedants</b> Benzodiazepines, zopiclona, zolpidem	Provoquen sedació, hipoventilació i efectes anticolinèrgics. Augmenten el risc de broncoaspiració i afavoreixen l'aparició d'atelectasi. Deprimeixen la immunitat.  S'ha d'evitar tant com sigui possible la cronificació dels tractaments, sobretot en gent gran. Si és possible, cal valorar-ne la desescalada gradual a la dosi mínima eficaç o retirar-los.



Fàrmacs que augmenten el risc de pneumònia o complicacions d'aquesta	Possibles mecanismes i recomanacions
<p><b>Gabapentinoides</b> Gabapentina i pregabalina</p>	<p>Hi ha augment del risc de depressió respiratòria greu amb els gabapentinoides, sobretot associats a opiacis o altres depressors del sistema nerviós central. La fitxa tècnica de la gabapentina adverteix del risc d'infeccions víriques, pneumònia i infecció respiratòria.</p> <p>Se n'ha de tornar a avaluar la necessitat segons el benefici obtingut en indicacions autoritzades (dolor neuropàtic), sobretot si estan associats a altres depressors del sistema nerviós central. S'ha d'evitar tant com sigui possible en indicacions no autoritzades i amb una eficàcia qüestionable (ex., lumbàlgia).</p>
<p><b>Corticoides sistèmics o inhalats</b></p>	<p>Els corticoides tenen efecte immunosupressor i incrementen el risc de pneumònia en pacients amb asma o MPOC.</p> <p>Els pacients amb asma no han de deixar el tractament, però cal tenir en compte que en una part important dels pacients amb MPOC els corticoides inhalats poden no estar indicats i es poden evitar.</p>
<p><b>Immunosupressors</b></p>	<p>Efecte immunosupressor.</p> <p>En general, no s'ha d'abandonar el tractament. No obstant això, hi ha pacients que reben immunosupressors per a malalties inflamatòries cròniques (psoriasi, artritis o malaltia inflamatòria intestinal) lleus-moderades. En aquests casos, si hi ha alternatives de primera línia per a pacients no greus, se'n podria valorar la retirada escalonada o una pausa en el context de la pandèmia amb seguiment clínic.</p>
<p><b>Quimioteràpia antineoplàstica</b></p>	<p>Efecte immunosupressor.</p> <p>En general, no s'ha d'abandonar el tractament. En el context de la pandèmia, cal tenir en compte aquest risc en pacients amb quimioteràpia pal·liativa en càncer terminal.</p>
<p><b>Inhibidors de la bomba de protons (IBP)</b> Omeprazole, pantoprazole, lansoprazole, rabeprazole, esomeprazole</p>	<p>Provoquen reducció de l'acidesa gàstrica i possible augment de la colonització bacteriana gàstrica i intestinal.</p> <p>És essencial identificar els pacients que no necessiten aquests fàrmacs, sobretot els tractaments crònics sense justificació, i retirar-los gradualment per evitar l'efecte rebot.</p>
<p><b>AINE</b></p>	<p>És biològicament plausible que les complicacions respiratòries, sèptiques i cardiovasculars de la pneumònia puguin ser més freqüents i greus si la febre és tractada amb un AINE en lloc de paracetamol.</p> <p>Quan sigui necessari un analgèsic/antitèrmic, es recomana prioritzar l'ús de paracetamol.</p>

Font: adaptat de l'Institut Català de Farmacologia. Taula resum dels fàrmacs i principals mecanismes pels quals poden augmentar el risc de pneumònia. [www.icf.uab.cat/es/download/enllac/assets/pdf/covid/Taula-pneumonia.pdf](http://www.icf.uab.cat/es/download/enllac/assets/pdf/covid/Taula-pneumonia.pdf) y [www.icf.uab.cat/assets/pdf/covid/Medicamentos\\_y\\_riesgo\\_de\\_neumonia\\_3\\_Abr.pdf](http://www.icf.uab.cat/assets/pdf/covid/Medicamentos_y_riesgo_de_neumonia_3_Abr.pdf)



G CONSELLERIA  
O SALUT I CONSUM  
I GERÈNCIA ATENCIÓ  
B PRIMÀRIA MALLORCA