



## ARTÍCULO ESPECIAL

# Manifestaciones sintomáticas en la infección COVID-19

María Varela-Cerdeira<sup>1\*</sup>, Leyre Díez-Porres<sup>1</sup>, Aránzazu Castellano-Candalija<sup>2</sup>,  
Teresa Pérez-Manrique<sup>1</sup> y Mariana Díaz-Almirón<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. <sup>3</sup>Departamento de Bioestadística, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Recibido el 25 de junio de 2020  
Aceptado el 16 de julio de 2020

**PALABRAS CLAVE**  
COVID-19, cuidados paliativos, cuidado al final de la vida, síntomas.

### Resumen

La pandemia COVID-19 se ha propagado rápidamente por todo el mundo, produciendo una alta mortalidad; ha obligado a reorganizar todos los sistemas sanitarios.

La Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario La Paz se transformó en una unidad para la atención a pacientes con infección por COVID-19 con el fin de colaborar en la atención a los mismos. Nos enfrentábamos al reto de asegurar un buen control de la sintomatología, que pasaba por una valoración lo más sistemática posible, siendo conscientes de la dificultad en el contexto del aislamiento y situación clínica de los pacientes. Presentamos una revisión narrativa sobre las manifestaciones sintomáticas y nuestra experiencia como Unidad de Cuidados Paliativos integrada en la atención COVID-19 en un hospital de tercer nivel de Madrid. Se priorizó un perfil de pacientes con enfermedad avanzada y comorbilidad alta para el ingreso en esta unidad. Esta integración contribuyó significativamente a tener una mayor influencia en la forma de actuación en la atención al final de la vida en todo el hospital.

Los cuidados paliativos deben formar parte de los equipos de atención de cualquier emergencia sanitaria, como una pandemia. Es imprescindible para una adecuada atención de la sintomatología y del final de la vida. Es necesaria la recogida sistemática de los síntomas por la repercusión clínica que tiene sobre el paciente, la necesidad de un tratamiento específico y su implicación pronóstica.

\*Autor para correspondencia:

María Varela-Cerdeira

Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario La Paz. Paseo de la Castellana, n.º 261, 28046, Madrid, España

Correo electrónico: [mvarcelacerdeira@yahoo.com](mailto:mvarcelacerdeira@yahoo.com)

DOI: [10.20986/medpal.2020.1176/2020](https://doi.org/10.20986/medpal.2020.1176/2020)

1134-248X/© 2020 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

**KEYWORDS**

COVID-19, palliative care, end of life care, signs and symptoms.

**Abstract**

The COVID-19 pandemic has spread rapidly around the world, resulting in high mortality; it has forced a reorganization of all health systems.

The Palliative Care Unit at Hospital Universitario La Paz was transformed into a unit for the care of patients with COVID-19 infection in order to collaborate in the care of these patients. We faced the challenge of ensuring good control of symptoms, which were assessed as systematically as possible, being aware of the difficulties entailed in the context of the isolation and clinical situation of patients. We present a narrative review of symptomatic manifestations and our experience as a palliative care unit integrated in COVID-19 care at a third-level hospital in Madrid. A profile of patients with advanced disease and high comorbidity was prioritized for admission in this unit. This integration contributed significantly to having a greater influence on the way end-of-life care is provided throughout the hospital.

Palliative care should be part of the care teams in any health emergency, such as a pandemic. It is essential for adequate symptomatology and end-of-life care. A systematic collection of symptoms is necessary because of its clinical impact on patients, their need for specific treatment, and its prognostic implications.

Varela-Cerdeira M, Díez-Porres L, Castellano-Candalija A, Pérez-Manrique T, Díaz-Almirón M. Manifestaciones sintomáticas en la infección COVID-19. *Med Paliat.* 2020;27(3):164-170

**INTRODUCCIÓN**

A finales de 2019 se notificaron los primeros casos de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en Wuhan, China. Desde entonces, esta pandemia se ha propagado rápidamente por todo el mundo, con más de 9 millones de casos confirmados globalmente y más de 480.000 muertes<sup>1</sup>. La mayoría de los casos son leves, sin embargo, el 5 % de los casos padecen la enfermedad de forma muy severa<sup>2</sup>. Las tasas de mortalidad y hospitalización varían a nivel regional y con la edad. Se describe actualmente una mortalidad a nivel global del 6 % en los casos confirmados, siendo en España del 11,2 %<sup>3</sup>. La tasa de hospitalización ronda en torno al 15 % al cabo del mes del diagnóstico<sup>4</sup>.

La pandemia ha azotado con intensidad variable a las diferentes comunidades autónomas en España, siendo Madrid una de las más afectadas. En nuestro país, los últimos datos del Ministerio de Sanidad cifran en 245.57 casos de coronavirus diagnosticados por PCR y más de 28.000 muertos<sup>5</sup>. En la Comunidad de Madrid, hasta el 19 de junio, y según datos de la Consejería de Sanidad, hay 72.052 casos acumulados, 43.484 ingresos acumulados (60 % hospitalización), 3682 en UCI (8 % de hospitalización) con 15.060 fallecidos (21 %) y de ellos, 9169 en hospitales (61 %)<sup>6</sup>. Esta emergencia sanitaria conllevó a una reorganización del sistema sanitario en pocos días al inicio de la pandemia.

En este contexto, la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario La Paz se transformó en una unidad para la atención a pacientes con infección por COVID-19. Como profesionales de cuidados paliativos nos enfrentamos a una patología nueva en un escenario diferente.

En los últimos meses se han tratado de describir en diferentes publicaciones las características clínicas, epide-

miológicas y evolución de los casos<sup>2,7-9</sup>. Sin embargo, se ha prestado menos interés a la sintomatología que presentan los pacientes y su manejo. Los estudios publicados sobre sintomatología son heterogéneos y realizados principalmente en pacientes hospitalizados. Al tratarse de percepciones subjetivas, existe una mayor dificultad para la recogida de los síntomas. El proceso de percepción de estos y su expresión son fenómenos modulados por una gran cantidad de variables. Evaluar es mucho más que cuantificar, es ayudar al paciente a verbalizar. No es frecuente que se realice de forma sistematizada fuera del ámbito de los cuidados paliativos. La valoración y su monitorización ha sido más difícil en el contexto del aislamiento y situación clínica de los pacientes.

Nuestro objetivo es presentar una revisión narrativa sobre las manifestaciones sintomáticas y compartir nuestra experiencia vivida como Unidad de Cuidados Paliativos en un hospital de tercer nivel de Madrid, una ciudad fuertemente afectada por la pandemia.

**SITUACIÓN ACTUAL DEL TEMA**

El periodo de incubación de la infección se describe entre 2 y 14 días, con una mediana de 5 días<sup>10</sup>.

El espectro clínico es muy variable, desde casos asintomáticos hasta severos, con insuficiencia respiratoria, shock o fallo multiorgánico. La mayoría de las infecciones cursan de forma leve (81 %). Aproximadamente, un 14 % desarrolla enfermedad severa, con afectación pulmonar y necesidad de ingreso hospitalario. Inicialmente en China se describió necesidad de ingreso en UCI de un 5 % de los pacientes

infectados, con una tasa de mortalidad en torno al 2,3 %. Se han descrito tasas más elevadas en otros países entre los pacientes hospitalizados, con ingresos en UCI del 14 % de los pacientes ingresados en una cohorte de Nueva York<sup>11</sup>, del 16 % en Italia<sup>12</sup> y hasta del 30 % en el Norte de California<sup>8</sup>. Estas importantes diferencias en cuanto al espectro pronóstico entre los distintos países probablemente dependan de diferentes factores como las características sociodemográficas, el sistema de salud nacional, el desarrollo de la epidemia en los diferentes países y la forma de notificación y definición de las muertes relacionadas con COVID-19.

La edad es uno de los factores más directamente asociados con la probabilidad de desarrollar la enfermedad de forma severa y de mortalidad. En los mayores de 80 años, el Chinese Center for Disease Control and Prevention describió una tasa de mortalidad del 15 %<sup>7</sup>. En España se han registrado el 86 % de las defunciones en el grupo de edad de mayores de 70 años, observándose una letalidad del 21 % en los mayores de 80 años<sup>6</sup>. Se han descrito diferentes comorbilidades asociadas a mayor mortalidad: hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar crónica, neoplasia, insuficiencia renal y cáncer<sup>7,13,14</sup>. En distintas cohortes la mortalidad ha sido mayor en varones de forma significativa<sup>11,14</sup>.

Uno de los hallazgos clínicos más frecuente es la fiebre, descrita en el 96-99 % en varias cohortes chinas iniciales<sup>15-17</sup>. Estudios posteriores han demostrado que no está presente en todos los casos<sup>9,11</sup>. Entre los síntomas descritos con más frecuencia se encuentran la disnea (19-56,5 %)<sup>9,18</sup>, la tos (32-79 %)<sup>8,18</sup> y la astenia (38-70 %)<sup>9,15,16,19</sup>. Aunque la tos es seca con mayor frecuencia, puede también haber producción de esputo hasta en el 34 % de los casos<sup>9</sup>. La anorexia está especificada en pocas series, con una frecuencia entre el 18-40 %<sup>15,17</sup>. Se describen mialgias (11-35 %), cefalea (7-14 %), odinofagia (5-14 %) y dolor torácico (2 %)<sup>9,15,17,19</sup>. La anosmia y la ageusia son síntomas frecuentes, pudiendo presentar alteraciones del olfato y/o del gusto entre uno y dos de cada tres pacientes en estudios realizados de forma específica<sup>20,21</sup>. Estas alteraciones se describen con mayor frecuencia en mujeres. La sintomatología digestiva, que incluye diarrea, náuseas y vómitos, poco presente en las primeras series chinas, se ha descrito de forma frecuente posteriormente (12-32,5 %)<sup>18,22-24</sup>. En ocasiones puede ser el síntoma de presentación. Se describen otras manifestaciones más infrecuentes, como hemoptisis (1-5 %) y rinorrea o congestión nasal (5 %)<sup>25</sup>. Los casos de infección asintomática están bien descritos, aunque su prevalencia exacta se desconoce<sup>26</sup>.

En los estudios realizados en pacientes hospitalizados se recoge principalmente la sintomatología al ingreso, pero es más desconocida la evolución durante la hospitalización o en los últimos días de vida en aquellos pacientes que fallecen. La disnea es el síntoma más frecuentemente descrito en los pacientes que mueren, superior al 60 %<sup>27,28</sup>. El delirium o síndrome confusional agudo es un síndrome valorado de manera muy infrecuente en los pacientes con COVID-19, presente en el 24 % de la cohorte de Lovell y cols.<sup>28</sup>. Puede encontrarse expresado en distintos síntomas, como agitación y somnolencia, que dificultan su cuantificación precisa. En los pacientes ingresados por COVID-19 existen múltiples factores de riesgo que predisponen al delirium: restricción de visitas, dificultad para aplicar medidas no farmacológicas, afectación directa

del virus en el SNC, menor apoyo emocional o espiritual y efectos secundarios de medicación, entre otros<sup>29</sup>.

No existen apenas estudios que recojan la sintomatología en pacientes no ingresados. Recientemente, la Comunidad de Madrid ha publicado los resultados de un estudio sobre los pacientes COVID-19 atendidos en los centros de salud<sup>30</sup>, un total de 323.583 pacientes con sospecha o confirmación de esta infección. La edad media de estos pacientes se situó en 48,3 años. El 10,6 % de los pacientes requirió ingreso hospitalario. El síntoma más frecuente y persistente fue la tos, presente en más del 70 % de los pacientes, un 44 % presentó fiebre y un 31 % disnea o dificultad respiratoria.

A finales de mayo de 2020, la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) publicó los resultados preliminares del primer gran registro clínico nacional multicéntrico sobre COVID-19, con datos de 12.200 pacientes hospitalizados en casi 150 hospitales (Casas Rojo, SEMI)<sup>31</sup>. La edad media fue de 69 años y el 57 % varones. Se describe la sintomatología de presentación, pero no la desarrollada durante el ingreso o al final de la vida. Los síntomas más frecuentes fueron la fiebre (86 %), la tos (76,5 %), la disnea (58 %) y la astenia (47,5 %). Otros síntomas al ingreso fueron: diarrea (22,5 %), anorexia (22,4 %) y anosmia (6,3 %). Presentaban confusión en la exploración el 11,6 % de los pacientes. Ingresaron en UCI el 7,5 % de los casos. La mortalidad global fue del 21 %, llegando al 26 % en los pacientes entre 70 y 79 años y al 50 % en los  $\geq 80$  años. Esta alta mortalidad refuerza de nuevo la importancia de una adecuada atención de estos pacientes al final de la vida, centrada en el control sintomático.

La complicación más frecuente que puede aparecer en la evolución es el síndrome respiratorio severo, generalmente entre el 7.º y 10.º día del inicio de los síntomas, en el 20-33 % de los casos<sup>15,18</sup>. En la cohorte SEMI-COVID-19 se describe en el 32 % de los pacientes<sup>31</sup>.

Son muy frecuentes las complicaciones tromboembólicas, que incluyen tromboembolia pulmonar, accidente cerebrovascular y otras manifestaciones sistémicas. Klok y cols. publicaron una serie de 184 pacientes con neumonía ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos, con un 31 % de incidencia de complicaciones trombóticas<sup>32</sup>. Se ha descrito un estado procoagulante a partir de los días 8-12 de la enfermedad, coincidiendo con una fase de respuesta inflamatoria del huésped y una liberación de citoquinas proinflamatorias<sup>13,33</sup>.

Otras complicaciones extrapulmonares incluyen eventos cardiovasculares (miocarditis, infarto agudo de miocardio, arritmias, insuficiencia cardiaca)<sup>34</sup>, neurológicos (síndrome de Guillen-Barré)<sup>35</sup>, digestivos (hepatitis)<sup>36</sup>, renales<sup>37</sup> y dermatológicos<sup>38</sup>.

## EXPERIENCIA DESDE UNA UNIDAD DE PALIATIVOS DE TERCER NIVEL DE MADRID

El Hospital Universitario de La Paz, con 1308 camas, ha atendido desde finales de febrero de 2020 hasta mediados de mayo a más de 3600 pacientes, llegando a estar ingresados unos 1000 pacientes con infección por COVID-19 en un mismo día, teniendo que habilitar un mayor número de camas de hospitalización y de cuidados intensivos. Este volumen de enfermos conllevó a la progresiva transformación de

las plantas de hospitalización especializada en plantas de atención a COVID-19. El 15 de marzo de 2020 la Unidad de Cuidados Paliativos se transformó en una planta de hospitalización COVID-19 con 18 camas, decidiéndose que continuara atendida por el personal de la Unidad con el apoyo de los Servicios de Medicina Interna y Neumología y otras especialidades colaboradoras. Se priorizó un perfil de pacientes con enfermedad avanzada y comorbilidad alta para el ingreso en estas camas. Esta integración del Equipo de Paliativos en los Equipos COVID, con la asistencia a las reuniones diarias de coordinación, contribuyó significativamente a tener una mayor influencia en la forma de actuación en la atención al final de la vida en todo el hospital.

La Unidad de Cuidados Paliativos se encargó, junto con el Servicio de Salud Mental, de realizar un Protocolo de Atención al Final de la Vida para pacientes COVID-19 y colaboró sustancialmente dentro del Comité de Ética para realizar una serie de *Recomendaciones Éticas en la Atención a COVID-19*. Nos preocupó especialmente la repercusión que pudiese tener la situación de aislamiento de los pacientes y sus familias, por lo que el protocolo desarrollado se basó en una atención cuidadosamente coordinada. La acogida tenía una importancia específica, con la presentación del equipo, donde se informaba al paciente y su familia de las medidas de aislamiento recomendadas por el Servicio de Salud Laboral y Medicina Preventiva. La coordinación telefónica con la familia fue diaria y presencial cuando se requirió.

En todas las plantas se desarrolló una atención coordinada entre el personal auxiliar, de enfermería y de medicina, aspecto en el que nuestra unidad prestó especial dedicación. Se realizaron pases conjuntos diarios, donde se hacía una valoración integral de la situación clínica, evolución y necesidades del paciente, estableciendo un plan terapéutico deliberado en la medida de lo posible con el paciente, familia y equipo. En la historia clínica del paciente COVID-19

se registraba el evolutivo diario que recogía estos aspectos, adaptado del general del hospital, remarcando específicamente la situación basal y planificación anticipada de cuidados, que facilitarían una toma de decisiones adecuada. En la Tabla I se expone el esquema de este evolutivo.

Como equipo de cuidados paliativos, considerábamos que uno de los retos a los que nos enfrentábamos era asegurar un buen control de la sintomatología, que pasaba por una valoración sintomática lo más precisa posible. Siendo conscientes de que la valoración sistemática con la ESAS (*Edmonton Symptom Assessment System*) era complicada, nos centramos en dirigir la anamnesis a la presencia o ausencia de la sintomatología más prevalente de la infección por COVID-19. Percibimos que el paciente presentaba unos síntomas muy diversos a lo largo del ingreso, con empeoramiento en ocasiones de forma rápida. Estando más descrita la sintomatología al ingreso en las cohortes de pacientes hospitalizados, nos parecía importante conocer la prevalencia de la misma al inicio, durante y en las últimas 24 horas de ingreso, así como valorar las diferencias entre los pacientes dados de alta hospitalaria y los fallecidos.

Durante los dos meses de la pandemia, del 15 de marzo al 15 de mayo de 2020, en la Unidad de Cuidados Paliativos se atendieron 107 pacientes. La edad media fue de 71 años, siendo un 56 % varones. El 38 % cumplía criterios de enfermedad avanzada, en su mayoría oncológica. Fallecieron 40 pacientes (36 %), con una edad media de 77 años. La alta mortalidad se puede justificar por el perfil de pacientes que ingresó en la unidad. Ninguno reunió criterios para ingreso en cuidados intensivos.

Los síntomas más frecuentes al ingreso fueron la fiebre (68 %), tos (50 %), disnea (55 %) y astenia (58 %), coincidiendo con lo reflejado en las series publicadas<sup>8,9,15-18</sup>. La prevalencia de anorexia (39 %) fue algo más frecuente que la descrita en otros estudios<sup>15,17</sup>, llegando al 43 % en las últimas

**Tabla I. Esquema del evolutivo diario en la historia clínica del paciente COVID-19 ingresado en la Unidad de Cuidados Paliativos.**

---

Fecha de inicio de síntomas: días desde inicio y síntoma  
 Fecha ingreso hospital:  
 Comorbilidad:  
 Historia epidemiológica:  
 Secuencia PCR SARS-CoV-2:  
 Neumonía:  
 Tipo de oxigenoterapia: No, GN, VMK, Reservorio, Alto Flujo, VMNIV  
 Analítica:  
 Tratamiento experimental para SARS-Cov-2: tipo y días, justificación si se inicia o no  
 Antibioterapia: días y justificación  
 Situación funcional y cognitiva previa y actual: IB, PPS, Pfeiffer  
 Situación sociofamiliar: identificación cuidador principal y teléfono de contacto  
 Conocimiento de la situación y planificación anticipada de decisiones: nivel de intervención: medidas en planta, UVI, tratamiento enfocado al confort, sedación paliativa si sintomatología refractaria  
 Síntomas principales:  
 Juicio clínico:  
 Plan terapéutico:  
 Teléfono cuidador:

---

GN: gafas nasales. VMK: ventimask. VMNIV: ventilación mecánica no invasiva. IB: índice de Barthel. PPS: palliative performance scale. UVI: unidad de vigilancia intensiva.

24 horas del ingreso. Otros síntomas, como dolor torácico, mareo, ageusia, anosmia, diarrea, náuseas, vómitos, mialgias, cefalea y rinorrea, se registraron con menor frecuencia a lo largo de toda la hospitalización (< 15 %). En la Tabla II se describe la prevalencia de algunos síntomas en los pacientes al inicio, durante y al final del ingreso, así como la necesidad de oxigenoterapia. Se observa una disminución de la prevalencia de disnea a lo largo del ingreso y un aumento de la agitación, somnolencia y síndrome confusional agudo. La astenia y anorexia son síntomas que se mantienen casi constantes.

Los estudios publicados sobre sintomatología son heterogéneos y realizados principalmente en pacientes hospitalizados<sup>2,7-9,33,36,37</sup>. La presencia del síndrome confusional agudo en las últimas 24 horas (29 %) fue algo mayor que la descrita por Lovell y cols. (24 %)<sup>28</sup>. Recogimos también la agitación y la somnolencia, por estar nombrado de esta manera en algunos artículos y permitirnos comparar con otras series, siendo conscientes de que la agitación se incluye dentro del síndrome confusional agudo, aunque no todos los casos de somnolencia que detectábamos correspondían a síndrome confusional agudo hipoactivo.

La disnea se describe como el síntoma más prevalente en los pacientes que fallecen, hasta el 60 % en las series publicadas de pacientes paliativos<sup>27,28</sup>. Es un síntoma que puede resultar difícil de valorar, más aún en una situación de pandemia. Los casos que cursan con taquipnea y desaturación se suelen registrar como disnea, siendo incorrecto si el paciente no la percibe o expresa. Con frecuencia observamos pacientes con insuficiencia respiratoria severa y altas necesidades de oxigenoterapia, sin disnea acompañante. Entre los 40 pacientes fallecidos en nuestra unidad, todos ellos con oxigenoterapia, un 30 % no presentó disnea a pesar de estar con oxigenoterapia con reservorio en la gran mayoría de los casos. Algunos autores hablan de esta aparente dicotomía entre la insuficiencia respiratoria y su expresión sintomática como hipoxia silente<sup>39</sup>. La causa no está clara. El deterioro de la difusión pulmonar conduce a una disminución gradual de la saturación de oxígeno. La taquipnea impulsada por la hipoxia acompañada de una elasticidad pulmonar relativamente conservada da lugar a un alto volumen de minutos

con hipocapnia pronunciada. La fisiopatología es similar a la hipoxia a gran altitud o en cámara baja presión. La hipoxia con hipocapnia puede no generar disnea y podría ser una teoría plausible para explicar esta dicotomía.

En nuestra experiencia, el 12 % de los pacientes eran asintomáticos y un 61 % presentaban entre 1 y 4 síntomas. La mediana de síntomas al ingreso fue de 4, número que se mantuvo en aquellos pacientes que fallecieron, mientras que se redujo a un síntoma en las últimas 24 horas en aquellos que fueron dados de alta (Figura 1).

Respecto a las complicaciones, objetivamos un 5 % de enfermedad tromboembólica, siendo tres casos de tromboembolismo pulmonar y dos de isquemia arterial. Trabajos publicados en fases más avanzadas de la pandemia han objetivado que la enfermedad tromboembólica ocupa un lugar importante<sup>32</sup>. En nuestra unidad implementamos el protocolo de tromboprofilaxis en paciente COVID-19 hospitalizado desde el inicio. Aun con esta medida, creemos que la tasa que hemos registrado infraestima claramente la real por mayor desconocimiento de la patogenia de la enfermedad al inicio de la pandemia, dificultad de realización de determinadas pruebas diagnósticas y, en ocasiones, perfil de paciente avanzado con decisiones de adecuación de medidas.

Después de la experiencia como profesionales de cuidados paliativos en la atención a pacientes con infección por COVID-19 consideramos que la integración de la perspectiva de los cuidados paliativos en cualquier pandemia con este calibre es imprescindible para una adecuada atención tanto de la sintomatología como, sobre todo, de los pacientes al final de la vida<sup>40-42</sup>. Es necesaria la recogida sistemática de la sintomatología por la repercusión clínica que tiene sobre el paciente, la necesidad de un tratamiento específico y su implicación pronóstica.

## RECOMENDACIONES

- Establecer un protocolo de atención al paciente y familia que incluya la valoración integral del paciente (situa-

Tabla II. Prevalencia de algunos síntomas y necesidad de oxigenoterapia al inicio, durante y en las últimas 24 horas de ingreso.

Síntoma	Inicio	Durante ingreso	Últimas 24 horas
Disnea	55 %	41 %	23 %
Astenia	58 %	58 %	50 %
Anorexia	39 %	48 %	43 %
SCA*	14 %	29 %	29 %
Agitación	6,5 %	16 %	16 %
Somnolencia	12 %	26 %	34 %
Oxigenoterapia	73 %	79 %	55 %

\*SCA: *síndrome confusional agudo*.

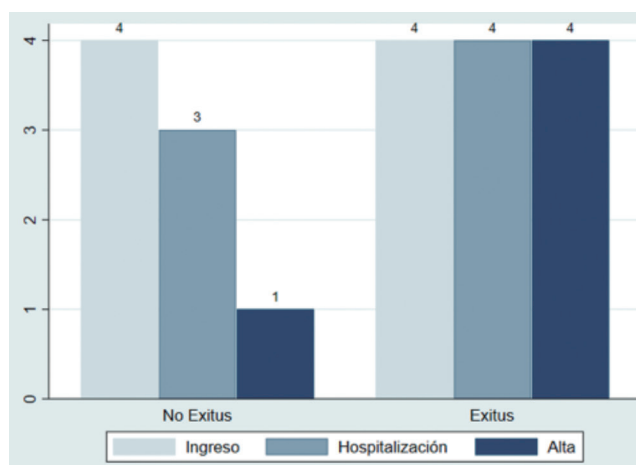


Figura 1. Mediana de síntomas estudiados al inicio, durante y en las últimas 24 horas de ingreso en pacientes vivos y fallecidos.



ción funcional y cognitiva previa y al ingreso, situación sociofamiliar, grado de conocimiento de la situación y planificación de cuidados).

- Recoger sistemáticamente la sintomatología más significativa para el paciente.
- Establecer un plan de cuidados y toma de decisiones en base a la sintomatología y necesidades del paciente y su familia.

## PROPUESTAS DE FUTURO

Los cuidados paliativos deben formar parte de los equipos de atención de cualquier emergencia sanitaria, como una pandemia. Los pacientes cuentan la enfermedad a través de los síntomas y esa es la filosofía intrínseca de los cuidados paliativos, que permite conectar con el paciente y establecer un plan de atención individualizado.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

## FINANCIACIÓN

Ninguna.

## AGRADECIMIENTOS

Al personal de enfermería, auxiliar de enfermería, así como al resto del equipo multiprofesional, que han participado con los autores en la atención de los pacientes y sus familias.

A Julia González Cerdeira, por su colaboración en la interpretación de los datos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Centro Johns Hopkins de Ciencia e Ingeniería [Internet]. [Consultado 25 de junio de 2020]. Disponible en <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6/>
2. The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19), China, 2020. *China CDC Weekly*. 2020;2:113-22.
3. Our World in Data [Internet]. [Consultado 4 de junio de 2020]. Disponible en: <https://ourworldindata.org/mortality-risk-covid>
4. Iñigo P. Un estudio preliminar revela que la mortalidad de la COVID-19 en España es del 4 %. *El Mundo*. 2020 [Consultado el 13 junio de 2020]. Disponible en: <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2020/05/13/5ebaeae0fdddff448f8b4672.html>
5. Actualización n.º 141. Enfermedad por el Coronavirus (COVID 19) [Internet]. Ministerio de Sanidad 2020; [Consultado el 19/06/2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es>.
6. Situación actual en la Comunidad de Madrid de infección por COVID 19. Ministerio de Sanidad 2020; [Consultado 19 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid>.
7. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention *JAMA*. 2020;323:1239-42.
8. Myers LC, Parodi SM, Escobar GJ, Liu VX. Characteristics of Hospitalized Adults With COVID-19 in an Integrated Health Care System in California. *JAMA*. 2020;323:2195-8.
9. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020;382:1708-20.
10. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, Zheng Q, Meredith HR, et al. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. *Ann Intern Med*. 2020;172:577-82.
11. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, Crawford JM, McGinn T, Davidson KW, et al. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. *JAMA*. 2020;323:2052-9.
12. Grasselli G, Pesenti A, Cecconi M. Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy: Early Experience and Forecast During an Emergency Response. *JAMA*. 2020;323:1545-6.
13. Pericàs JM, Hernandez-Meneses M, Sheahan TP, Quintana E, Ambrosioni J, Sandoval E, et al. COVID-19: from epidemiology to treatment. *Eur Heart J*. 2020;41:2092-12.
14. Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. *JAMA*. 2020;323:1775-6.
15. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. 2020;323:1061-9.
16. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395:497-506.
17. Jiang F, Deng L, Zhang L, Cai Y, Cheung CW, Xia Z. Review of the Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *J Gen Intern Med*. 2020;35:1545-9.
18. Goyal P, Choi JJ, Pinheiro LC, Schenck EJ, Chen R, Jabri A, et al. Clinical Characteristics of Covid-19 in New York City. *N Engl J Med*. 2020;382:2372-4.
19. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*. 2020;395:507-13.
20. Giacomelli A, Pezzati L, Conti F, Bernacchia D, Siano M, Oreni L, et al. Self-reported olfactory and taste disorders in SARS-CoV-2 patients: a cross-sectional study. *Clin Infect Dis*. 2020;ciaa330.
21. Spinato G, Fabbri C, Polesel J, Cazzador D, Borsetto D, Hopkins C, et al. Alterations in Smell or Taste in Mildly Symptomatic Outpatients With SARS-CoV-2 Infection. *JAMA*. 2020;323:2089-90.
22. Han C, Duan C, Zhang S, Spiegel B, Shi H, Wang W, et al. Digestive Symptoms in COVID-19 Patients With Mild Disease Severity: Clinical Presentation, Stool Viral RNA Testing, and Outcomes. *Am J Gastroenterol*. 2020;115:916-23.
23. Mao R, Qiu Y, He JS, Tan JY, Li XY, Liang J, et al. Manifestations and prognosis of gastrointestinal and liver involvement in patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis [published online ahead of print, 2020 May 12]. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2020;10.1016/S2468-1253(20)30126-6.
24. Wei XS, Wang X, Niu YR, Ye LL, Peng WB, Wang ZH, et al. Diarrhea Is Associated With Prolonged Symptoms and Viral Carriage in Corona Virus Disease 2019. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2020;18:1753-9.

25. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [Internet]. 2020; 16-24 febrero. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>
26. Sutton D, Fuchs K, D'Alton M, Goffman D. Universal screening for SARS COV 2 in women admitted for Delivery. *N England J Med.* 2020;382:2163-4.
27. Keeley P, Buchanan D, Carolan C, Pivodic L, Tavabie S, Noble S. Symptom burden and clinical profile of COVID-19 deaths: a rapid systematic review and evidence summary. *BMJ Support Palliat Care.* 2020;bmjspcare-2020-002368.
28. Lovell N, Maddocks M, Etkind SN, Taylor K, Carey I, Vora V, et al. Characteristics, Symptom Management, and Outcomes of 101 Patients With COVID-19 Referred for Hospital Palliative Care. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60:e77-e81.
29. Kotfis K, Williams Roberson S, Wilson JE, Dabrowski W, Pun BT, Ely EW. COVID-19: ICU delirium management during SARS-CoV-2 pandemic. *Crit Care.* 2020;24:176.
30. Elaboramos un estudio sobre pacientes COVID 19 atendidos en los centros de salud [Internet]. Comunidad de Madrid: 9 junio 2020 [Consultado el 14 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/noticias/2020/06/09/elaboramos-estudio-pacientes-covid-19-atendidos-centros-salud>.
31. Casas Rojo JM, Antón Santos JM, Núñez-Cortés JM, Lumbreras Bermejo C, Ramos Rincón JM, Roy-Vallejo E, et al. Clinical characteristics of patients hospitalized with COVID-19 in Spain: results from the SEMI-COVID-19 Network. *medRxiv.* 2020.
32. Klok F, Kruip M, van der Meer N, Arbous M, Gommers D, Kant K, et al. Incidence of thrombotic complications in critically ill ICU patients with COVID-19. *Thrombosis Research.* 2020; 191:145-7.
33. McGonagle D, et al. Immune mechanisms of pulmonary intravascular coagulopathy in COVID-19 pneumonia. *Lancet Rheumatol.* 2020;2(7):E437-45.
34. Madjid M, Safavi-Naeini P, Solomon SD, Vardeny O. Potential Effects of Coronaviruses on the Cardiovascular System: A Review. *JAMA Cardiol.* 2020;10.
35. Toscano G, Palmerini F, Ravaglia S, et al. Guillain-Barré Syndrome Associated with SARS-CoV-2. *N Engl J Med.* 2020;(26): 2574-6.
36. Fan Z, Chen L, Li J, Cheng X, Yang J, Tian C, et al. Clinical Features of COVID-19-Related Liver Functional Abnormality. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2020;18:1561-6.
37. Hirsch JS, Ng JH, Ross DW, Sharma P, Shah HH, Barnett RL, et al. Acute kidney injury in patients hospitalized with COVID-19. *Kidney Int.* 2020;98:209-18.
38. Galván Casas C, Català A, Carretero Hernández G, Rodríguez-Jiménez P, Fernández-Nieto D, Rodríguez-Villa Lario A, et al. Classification of the cutaneous manifestations of COVID-19: a rapid prospective nationwide consensus study in Spain with 375 cases. *Br J Dermatol.* 2020;183:71-7.
39. Ottestad W, Seim M, Mæhlen J. Covid-19 med stille hypoksemi. *Tidsskrift for Den norske legeförening.* 2020;140(7).
40. Bowman B, Back A, Esch A, Marshall N. Crisis Symptom Management and Patient Communication Protocols Are Important Tools for All Clinicians Responding to COVID-19. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60(2):e98-e100.
41. Davies A, Hayes J. Palliative care in the context of a pandemic: similar but different. *Clin Med.* 2020;20:274-7.
42. Fadul N, F Elsayem A, Bruera E. Integration of palliative care into COVID-19 pandemic planning. *BMJ Supportive & Palliative Care.* 2020. DOI: 10.1136/bmjspcare-2020-002364.