

## Atención hospitalaria al adulto mayor con COVID-19\*

Jack Roberto Silva Fhon<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-1880-4379>

Luipa Michele Silva<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-6147-9164>

Zoila Esperanza Leitón-Espinoza<sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-5040-7042>

Fernanda de Brito Matiello<sup>4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-8617-5922>

Jessica Silva de Araujo<sup>4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-9332-8042>

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues<sup>4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-8916-1078>

**Objetivo:** analizar las noticias periodísticas sobre la atención hospitalaria a los adultos mayores con COVID-19 en los medios de comunicación *on-line*. **Método:** estudio documental, retrospectivo, descriptivo y exploratorio. Los datos fueron recolectados de materias publicadas en las páginas *web* de libre acceso de 12 periódicos de Brasil, España, Estados Unidos, Francia, Italia y Portugal. **Resultados:** de 4,220 noticias periodísticas identificadas sobre el tema de estudio, 101 fueron seleccionados posterior a los criterios de inclusión, siendo la mayoría de Italia. Al análisis de los datos se identificó tres categorías temáticas: *La atención al paciente con COVID-19 en el sistema de salud; Proceso del trabajo del equipo de salud y su preocupación al contagio y Dilema ético en la atención al adulto mayor durante su hospitalización.* **Conclusión:** la pandemia de COVID-19 se presentó de forma rápida y fue difundida en todos los países. Es necesario que los sistemas de salud se reorganicen para la atención de la población en el mundo, especialmente al adulto mayor, tomando en cuenta su fragilidad y también la ausencia de una previa capacitación profesional para ofrecer atención a esta población.

**Descriptor:** Anciano; Infecciones por Coronavirus; Servicio de Admisión en Hospital; Artículo de Periódico; Personal de Salud; Pandemias.

\* Este artículo hace referencia a la convocatoria "COVID-19 en el Contexto Mundial de la Salud".

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Goiás Regional Catalão, Escola de Enfermagem, Catalão, GO, Brasil.

<sup>3</sup> Universidad Nacional de Trujillo, Escuela de Enfermería, Trujillo, La Libertad, Perú.

<sup>4</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

### Cómo citar este artículo

Fhon JRS, Silva LM, Leitón-Espinoza ZE, Matiello FB, Araujo JS, Rodrigues RAP. Hospital care for elderly COVID-19 patients. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3396. [Access    ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4649.3396>.

mes día año

URL

## Introducción

La salud pública está enfrentando una de las mayores pandemias de este siglo, provocada por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2), causante del COVID-19. Los primeros casos de la enfermedad fueron notificados en diciembre del 2019 en la ciudad de Wuhan – China<sup>(1)</sup>. El COVID-19 es una enfermedad respiratoria aguda transmitida de persona a persona y presenta una alta mortalidad entre los adultos mayores<sup>(2)</sup>. La tasa de letalidad en esta población es de 14,8%<sup>(3)</sup> y en las personas con condiciones médicas subyacentes como enfermedades cardiovasculares es del 13,2%, diabetes mellitus (9,2%), hipertensión arterial (8,4%), enfermedades respiratorias crónicas (8,0%) y cáncer (7,6%)<sup>(4)</sup>.

Por ser una enfermedad respiratoria, el período de incubación varía de cinco a 14 días, y el de transmisión de cinco días posterior a la aparición de los primeros síntomas<sup>(5)</sup>. Esta enfermedad desarrolla el síndrome respiratorio agudo grave (SARS) que ha afectado entre 17% al 29% de los pacientes. Además, en 75% de los pacientes afectados han desarrollado neumonía bilateral atípica siendo detectada por la tomografía axial computarizada<sup>(6)</sup>.

Dada la gravedad de la enfermedad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) inició el 1° de enero del 2020 diversas acciones de combate contra este brote. El 30 de enero el COVID-19 ya era considerado una emergencia de salud pública, y el 11 de marzo fue considerado pandemia posterior a la infección de 118,000 personas en 114 países y causar 4,291 óbitos<sup>(7)</sup>. Esta enfermedad tiene alto nivel de infección y 20% de las personas contagiadas desarrollan problemas respiratorios<sup>(8)</sup>.

El 25 de mayo del 2020, la OMS y el *Johns Hopkins Center for Health Security* confirmaron 5,453,784 casos de la enfermedad y 345,886 muertes en 185 países de los 195 existentes en el mundo<sup>(9)</sup>. Además de los efectos en la salud pública en que fue evidenciado el deterioro de los sistemas públicos de salud frente a la demanda de atención, la crisis causada por la pandemia provoca serios problemas en la economía y acentúa la desigualdad social de la población, teniendo en vista la indisponibilidad de equipos y productos de protección para todos de manera igualitaria<sup>(9)</sup>.

También se identificó el colapso de los sistemas de salud en varios países que no presentan infraestructura, recursos humanos, equipamientos y materiales para la atención simultánea de millares de infectados. Además, el periodo de internación en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) ha sido prolongado, lo que aumenta el tiempo de espera para pacientes en condiciones graves. Esta situación requiere protocolos de atención e impone a los profesionales de salud la difícil decisión de escoger

quien puede vivir o morir<sup>(10)</sup>. La situación empeora con la recomendación de la no disponibilización de ventiladores a personas con edad superior a 80 años<sup>(11)</sup> cuando la demanda supera la oferta.

En la actualidad, aunque los hospitales estén cuidando y tratando a las personas infectadas por esta enfermedad con recursos avanzados, se observa un descuido mundial hacia los adultos mayores considerados los más viejos con sospecha o confirmación de COVID-19. Así, en vista a lo descrito y entendiéndose que los medios de comunicación influyen en la opinión pública en varios temas, buscamos comprender cómo la prensa escrita global ha informado sobre el tratamiento hospitalario ofrecido a los adultos mayores con COVID-19. Para ello, se elaboró la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se difunden las noticias periodísticas sobre la atención hospitalaria al adulto mayor con COVID-19 en los medios de comunicación en su versión *online*?

Dado que la difusión *online* representa una revolución en la producción, distribución y actualización de las noticias ininterrumpidamente, ampliar el conocimiento de contenidos publicados en páginas *web* sobre salud, así como al respecto de sus interrelaciones y determinantes, es importante para información y educación de la sociedad. Además de eso, puede impactar en las acciones individuales, de la población en general, comunidad de salud y formular políticas públicas<sup>(12)</sup>.

El presente estudio tiene como objetivo analizar las noticias periodísticas sobre la atención hospitalaria a los adultos mayores con COVID-19 en los medios de comunicación *online*.

## Método

Estudio documental, retrospectivo, descriptivo y exploratorio. Se analizaron noticias periodísticas publicadas en páginas *web* de 12 periódicos de acceso libre de seis países: Brasil, España, Estados Unidos, Francia, Italia y Portugal.

La muestra fue constituida por noticias periodísticas que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: difusión de noticias sobre el COVID-19 entre el 1 de enero y 20 de abril del 2020, brindar acceso gratuito y completo de las noticias periodísticas con el tema de la atención al adulto mayor con COVID-19 en el contexto hospitalario y utilizar las siguientes palabras: COVID-19 (coronavirus), idoso (viejos, abuelos, personas mayores, *elderly, old, older people, vecchio*), UTI (*UCI*) e médico (*doctor*). Tanto la elección de estos países para el análisis como la selección de las noticias se tuvo en cuenta dos factores principales: número mayor de

casos de contagio e idioma de dominio de los autores del estudio. Es importante aclarar que se analizaron noticias periodísticas publicadas en diferentes formatos, incluyendo noticias, reportajes, artículos, entrevistas, editoriales, entre otros.

La recolección de los datos contempló las fases de identificación, selección y elegibilidad. En la primera fase, se identificó un total de 12 periódicos de libre acceso y que pusieron a disposición sus noticias completas. En la segunda fase, las palabras utilizadas en la búsqueda fueron: adulto mayor, coronavirus, COVID-19 y hospital, estandarizado de acuerdo con los idiomas de cada país. En la tercera fase, posterior a la lectura de las noticias identificadas fueron seleccionados aquellos que atendían los criterios preestablecidos totalizando 101 noticias periodísticas.

Se construyó un banco de datos con la finalidad de estandarizar los términos utilizados por los diferentes periódicos y facilitar la comparación durante el análisis. Sin embargo, se tuvo cuidado de mantener el contexto y respetar, en cada idioma, las diferentes formas de escritura. Todas las etapas de la investigación y en la producción del artículo atendieron los criterios del *Consolidated criteria for reporting qualitative research*<sup>(13)</sup>.

Para el análisis de los temas seleccionados se adoptó la técnica de análisis temático, que se utiliza en el campo de la salud y permite analizar las ideas expresadas, palabras u otros símbolos que conforman el contenido de las comunicaciones<sup>(14)</sup>.

Todas las publicaciones periodísticas fueron agrupadas de acuerdo con el país de origen y formaron un banco de datos, los cuales fueron posteriormente analizados con ayuda del *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* - IRAMuTeQ 0.6 alfa 3, versión brasileña. Este *software* desarrolla análisis estadísticos sobre segmentos de textos, cuadros de individuos y palabras<sup>(15)</sup>.

El primer análisis permitió la construcción de nubes de palabras que representan un análisis lexical más simple, que agrupa y organiza gráficamente las palabras conforme la frecuencia con que son empleadas. Este análisis se eligió para identificar los contenidos más reportados por cada periódico y se consideró la frecuencia superior a diez, con la finalidad de generar figuras más comprensibles.

En el segundo análisis fueron construidas las categorías temáticas, las cuales emergieron de la lectura y análisis textual por el método de Reinert, conocido como Clasificación Jerárquica Descendente (CJD), que permite analizar la ocurrencia de los términos en un segmento específico del texto. En este tipo de análisis, el *software* permite identificar las co-ocurrencias de los

términos en los segmentos, distribuyéndolos en clases por proximidad, para después jerarquizar la presencia relativa de cada término en las clases creadas. Se realizó un CJD para cada idioma, porque el *software* no permite el análisis conjunto de diferentes idiomas. Con base en los CJD fueron extraídas las frases con proximidad de temática y, a seguir, estos fueron agrupados en las categorías descritas por los investigadores<sup>(16)</sup>.

Los análisis fueron validados por dos investigadores, con el fin de asegurar resultados consistentes con los objetivos del estudio y el tema propuesto. Luego, el contenido fue validado por dos autores, con el fin de respetar los criterios de publicación científica y asegurar un lenguaje adecuado.

Dado que el estudio utilizó informaciones gratuitas y de acceso público, disponible en las diferentes páginas *web* de los periódicos seleccionados, no fue necesario presentar el proyecto al Comité de Ética, de conformidad con la Resolución CNS No. 510/2016<sup>(17)</sup>.

## Resultados

La Figura 1 presenta los resultados obtenidos a partir de la búsqueda en los periódicos de circulación *online*. Conforme a los datos recolectados, fueron identificados, en los 12 periódicos seleccionados, 4,220 noticias sobre el tema investigado, sin embargo, solo 101 noticias periodísticas atendieron a los criterios de inclusión.

El periódico de Francia, *20 Minutes*, concentró el mayor número de publicaciones con las palabras claves escogidas (1,000) y el *Washington Post*, de los Estados Unidos, el menor (115). Italia obtuvo el mayor número de noticias seleccionadas (33), seguido de Francia (19) y los Estados Unidos (15).

En relación al contenido de las noticias, los términos más frecuentes en las nubes de palabras fueron: para Brasil, *paciente* (f = 84); COVID-19 (f = 80); *mais* (más - f = 59); *hospital* (f = 48) y *médico* (f = 45); para España, COVID-19 (f = 67); *paciente* (f = 51); *grande* (f = 50); *hacer* (f = 50) y *anciano* (f = 49); para los Estados Unidos, COVID-19 (f = 97); *patient* (paciente - f = 80); *care* (cuidado = 72); *health* (salud - f = 69) y *person* (persona - f = 62); para Francia, COVID-19 (f = 110); *patient* (paciente - f = 54); *hôpital* (hospital - f = 47); *cas* (casos - f = 47) y *âgé* (adulto mayor - f = 43); para Italia, COVID-19 (f = 149); *ospedale* (hospital - f = 113); *anziano* (adulto mayor - f = 103); *paziente* (paciente - f = 73) y *medico* (f = 72); y para Portugal, UCI (Unidad de Cuidados Intensivos - f = 70); *doente* (enfermo f = 69); *paciente* (f = 68); COVID-19 (f = 64) y *critério* (criterio - f = 64). Esos datos están detallados en la Figura 2.



La mayoría de las noticias periodísticas fueron provenientes de Italia y el análisis temático de los datos permitió la construcción de tres categorías: *La atención al paciente con COVID-19 en el sistema de salud*; *Proceso del trabajo del equipo de salud y su preocupación al contagio* y *Dilema ético en la atención al adulto mayor durante su hospitalización*.

En la categoría *La atención al paciente con COVID-19 en el sistema de salud*, los contenidos de las publicaciones mostraron las dificultades enfrentadas por cada país frente a la pandemia y la necesidad del soporte de los sistemas de salud a los profesionales de salud, relacionados a los equipamientos de seguridad y otros para la atención de pacientes hospitalizados por el COVID-19, incluyendo los ventiladores mecánicos en ambientes de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Los periódicos destacaron la responsabilidad de los profesionales que actúan en la línea de frente contra la enfermedad:

*Las altas tasas de contagio y los graves efectos causados sobre un porcentaje relativamente elevado de nuestra población han llevado al límite a nuestro sistema sanitario.* (España, 9); *Hospitais preparam-se para o impreparável: o aumento de doentes em UCI. Número de doentes críticos com COVID-19 internados em UCI cresceu 20 vezes em menos de três semanas.* (Portugal, 6).

En la categoría *Proceso del trabajo del equipo de salud y su preocupación al contagio*, los contenidos de las noticias periodísticas indicaron la preocupación de la prensa con el proceso de trabajo de los profesionales de la salud y con su seguridad, debido al riesgo de contagio por COVID-19 que aumenta a medida que más pacientes son atendidos en la UCI. En ese sentido, es posible observar, en los diversos países, noticias que destacan la seguridad como algo imprescindible para todos:

*Un employé de l'hôpital gériatrique de Francheville, vers Lyon, est actuellement en réanimation. La série de contaminations est partie d'un salarié de l'hôpital.* (Francia, 7); *Il sindacato propone varie misure di sicurezza, tra cui «un certificato nel quale specificare la quantità di trattamenti erogati dal singolo operatore sanitario e la quantità di dispositivi di protezione individuale consegnati per ogni giorno di trattamento.* (Italia, 15); *À saída do turno, o ritual de retirar o equipamento ainda é mais exigente, porque por cada peça retirada é preciso desinfetar as mãos. Já devidamente equipados e desinfetados, os elementos da equipa, maioritariamente enfermeiros, entram na unidade onde começa um árduo trabalho para salvar os doentes. A Lusa pôde assistir à colocação de um doente em posição de decúbito ventral para melhorar a sua oxigenação que obrigou a um verdadeiro trabalho de equipa.* (Portugal, 7).

En la categoría *Dilema ético en la atención al adulto mayor durante su hospitalización*, las noticias refieren que la atención de los pacientes adultos mayores en la UCI con diagnóstico de COVID-19 en el mundo ha aumentado considerablemente en los servicios de salud. Los periódicos informaron sobre la preocupación de los profesionales de salud sobre las medidas propuestas en

cada país ante la pandemia, pues entienden que pueden perjudicar la atención a los adultos mayores, que son los más vulnerables y que necesitan de cuidados más prolongados. Incluso informaron que la decisión de no priorizar la atención a estas personas ante la alta demanda impuso un dilema ético a los profesionales:

*Dilema ético, os idosos e a metáfora da guerra. Parte da sociedade é tratada como inútil e improdutiva. A metáfora de guerra tem sido utilizada para espelhar a luta que está sendo travada contra a COVID-1.* (Brasil, 6); *Se les dejará morir. El departamento ha elaborado un documento que determinará qué pacientes reciben tratamiento en UCI y cuáles no... un especialista en reanimación y un médico en medicina interna son los encargados de decidir qué paciente ingresará a la UCI. La edad y las enfermedades previas son factores importantes en este sistema de triaje. Pero también lo es tener una familia.* (España, 2); *Medical ethicists also have suggested that we should ration ventilators by denying them to patients over a certain age. They argue that treating only the young will be efficient, saving the greatest total life-year.* (Estados Unidos, 10).

## Discusión

Los resultados obtenidos por la técnica de nubes de palabras participaron en la construcción de las categorías temáticas y muestran el reflejo de la pandemia, sus implicaciones para la atención del adulto mayor y las medidas propuestas en los diferentes países para el control del nuevo coronavirus. En todos los análisis fueron identificados como tema principal y recurrente, el COVID-19. Asimismo, en los contenidos seleccionados hay palabras que remiten a pacientes adultos mayores, lo que denota una preocupación de la prensa en difundir noticias sobre la atención a esta población.

Algunas diferencias entre los países en lo que se refiere a la difusión de las noticias sobre la atención hospitalaria al adulto mayor con COVID-19 aparecen en la Figura 2 y en las categorías temáticas identificadas principalmente en los países europeos, que vivieron la gravedad de la enfermedad antes que América, enfrentando el hacinamiento de los hospitales incluso antes de que se registraran los primeros casos de muertes como en Brasil. Esto significa que las noticias publicadas en el Brasil durante el período investigado aún no abordaron en su totalidad el tema investigado, como ocurrió en otros países que forman parte de este estudio.

En la categoría 1, se destaca la importancia de brindar recursos humanos y materiales para la atención de las personas con insuficiencia respiratoria aguda, ya que el principal problema reportado en los medios investigados es la capacidad de los sistemas de salud para enfrentar las fluctuaciones de la demanda, especialmente con el aumento de pacientes adultos mayores, que necesitan de asistencia respiratoria.

Se destacan las dificultades para ofrecer atención hospitalaria a los pacientes más graves

debido a la propia restricción del horario de la UCI, la limitada capacidad física y el número insuficiente de profesionales preparados para esta asistencia. Además, cabe mencionar que los profesionales que trabajan en la UCI generalmente experimentan agotamiento físico, reciben salarios bajos y enfrentan condiciones laborales inadecuadas<sup>(18)</sup>.

La categoría 2 enfatiza el proceso de trabajo del equipo de salud y su preocupación por el contagio, es importante señalar que en el Brasil existe la necesidad de que los profesionales estén trabajando en la primera línea de frente. Se resalta un conocimiento limitado para el cuidado de pacientes adultos mayores con comorbilidades, especialmente en el desarrollo del COVID-19<sup>(19)</sup>, y la ausencia de un tratamiento específico, debido al desconocimiento de la fisiopatología de esta enfermedad.

La preocupación por el contagio se debe a varios factores, entre ellos la gravedad de la enfermedad. En Brasil, investigadores que analizaron la gravedad de la pandemia advierten que las personas han recibido instrucciones de buscar la atención primaria de salud cuando identifican los primeros síntomas, a diferencia de otros países, que han creado servicios específicos para la recepción, evaluación clínica y derivación de casos más graves a los hospitales<sup>(20)</sup>.

Las cuestiones éticas presentadas en la categoría tres se deben al aumento del número de pacientes que necesitan camas UCI en países como España, Italia y Estados Unidos, lo que ha impuesto algunos dilemas éticos a los profesionales de la salud, especialmente en lo que respecta a la elección quién puede o no usar un ventilador mecánico. Esta situación se puede observar en la Figura 2, con sus palabras determinadas, e identificada en la categoría 3, de los periódicos analizados. Dado que la pandemia emergente está provocando un aumento sustancial en el número de pacientes que requieren soporte ventilatorio prolongado por la insuficiencia respiratoria aguda, se han producido serios desequilibrios entre las necesidades clínicas de la población y la disponibilidad general de recursos UCI<sup>(10)</sup>.

En las noticias publicadas por diferentes periódicos se identificaron dilemas éticos, en los que los gobiernos indicaron directrices para el cuidado de los pacientes con COVID-19. En Italia, donde la cuestión ética se hizo más evidente, se recomendó la asignación de recursos en la UCI; un triaje relacionado a la edad del paciente, la presencia de comorbilidades y el estado funcional de cualquier paciente crítico al ingreso en la UCI, las directrices de la atención médica anticipada para pacientes con enfermedades crónicas graves y la aplicación de cuidados paliativos tras la suspensión del tratamiento en la UCI, cuando surgen complicaciones graves<sup>(10)</sup>.

En Estados Unidos, se intentó maximizar los beneficios, tratando a todos los pacientes por igual, promoviendo y recompensando el valor instrumental y

dando prioridad a los más pobres. Las recomendaciones específicas para la asignación de recursos médicos durante la pandemia de COVID-19 fueron: maximizar los beneficios, priorizar a los profesionales de la salud, no asignar a los pacientes por orden de llegada, de modo que para aquellos con pronósticos similares la igualdad debe invocarse y operacionalizarse mediante una asignación aleatoria, como una lotería, ser sensible a las evidencias, reconocer la participación de la investigación y aplicar los mismos principios a todos los pacientes con COVID-19 y no COVID-19<sup>(21)</sup>.

Todos los periódicos publicaron noticias de sus propios países y de otros afectados por el coronavirus. El lector debe entender que hubo diferencias en la propagación de la enfermedad en el territorio de cada país, la atención a los adultos mayores por parte del sistema de salud y cómo los gobernantes abordaron este problema.

El primer país europeo en ser el foco de la pandemia fue Italia, donde hasta el 10 de mayo, se registraron más de 30,000 muertes por COVID-19. La letalidad en el país alcanzó el 7%, casi el doble del promedio mundial (3,4%). Además, el 60% de los casos confirmados se dieron en personas con edad superior a 65 años<sup>(17)</sup>. La mayor incidencia en este grupo de edad se explica por las características de la población del país, en que los adultos mayores representan alrededor del 22% de la población<sup>(22)</sup>.

España fue el tercer país más afectado de Europa, con más de 200 mil casos<sup>(8)</sup>, de los cuales 57,106 requirieron hospitalización. De estos, el 24,1% tenía entre 70 y 79 años, el 19% entre 80 y 89 y el 5,1% eran mayores de 90 años<sup>(23)</sup>. En las casas de reposo muchos adultos mayores fueron encontrados muertos porque el sistema funerario, agobiado por la crisis de salud, se sobrecargó debido a la demanda del servicio<sup>(24)</sup>.

El cuarto país más afectado de la comunidad europea fue Francia, con 176,782 casos y 26,313 muertes<sup>(8)</sup>. El 15 de marzo de 2020, las personas mayores de 75 años representaban el 20% de los casos confirmados y el 79% de las muertes por COVID-19. Los individuos entre 64 y 74 años representaron el 14% de los casos confirmados y el 13% de las defunciones<sup>(25)</sup>, con gran impacto en las casas de reposo<sup>(26)</sup>.

Portugal, fue el último país de Europa que tuvo que lidiar con el COVID-19, lo que proporcionó el tiempo necesario para que las autoridades locales se organizaran y comenzaran las medidas de control y prevención<sup>(27)</sup>. En la composición por edades de la población contagiada, hubo un alto porcentaje (20,7%) de personas mayores de 65 años<sup>(22)</sup>, aspecto que hizo aún más urgente la implementación de medidas preventivas. Sin embargo, incluso frente a varios intentos de control de la diseminación de la enfermedad, hubo 1,600 casos confirmados, especialmente en adultos mayores<sup>(28)</sup>.

Estados Unidos, otro país muy golpeado, adoptó a lo largo de los meses diferentes medidas para el control de

la pandemia, que tampoco impidió la rápida propagación del virus, alcanzando graves registros de contaminación y muertes que superaron las 70,000 en todo el país<sup>(29-31)</sup>. Los datos de América del Norte también muestran que el 31% de los casos de COVID-19 ocurrieron en personas mayores de 65 años y el 6% en personas mayores de 85 años. Sin embargo, los pacientes de 65 años y más representaron el 45% de las internaciones, el 53% de las hospitalizaciones en la UCI y el 80% de las muertes. Además, la tasa de letalidad aumentó con la edad: de 3-5% entre 65-74 años, 4-11% entre 75-84 años y 10-27% por encima de 85 años<sup>(32)</sup>.

En Brasil, el número de infectados aumentó considerablemente, llegando a 363,211 y 22,666 muertes al 25 de mayo<sup>(8)</sup>, con una letalidad del 6,8%<sup>(33)</sup>. Los primeros casos reportados como fatales por COVID-19 fueron en adultos mayores, quienes, según estudios, tienen una mayor tasa de letalidad, especialmente cuando están hospitalizados (tasas entre 11 y 15%). Aproximadamente el 10% de los adultos mayores infectados desarrollaron la enfermedad de forma grave y el 5% debe recibir tratamiento en unidades de cuidados intensivos<sup>(6,34)</sup>. Esta información corrobora los datos de la Figura 2, ya que demuestran diferencias en los países estudiados, es decir, que el adulto mayor hace parte de una población con mayor vulnerabilidad a la enfermedad y que, al ser hospitalizado, aumenta el riesgo de muerte.

En el Brasil, la mayoría de los adultos mayores con COVID-19 están siendo atendidos en hospitales y aún no se ha establecido el pico de la pandemia, lo que generó pocas noticias al respecto durante el período de este estudio. Según la investigación, la enfermedad fue introducida en el país por personas que estaban en otros países y regresaron de viaje. En un primer momento, estos individuos fueron aislados, así como sus contactos, con el fin de prevenir la propagación del virus<sup>(35)</sup>.

La mayoría de las muertes de los adultos mayores están relacionadas con enfermedades crónicas, como las enfermedades cardiovasculares. Esto tiene implicaciones importantes en la salud pública y las respuestas clínicas, pero este problema ha sido ignorado en países de ingresos altos<sup>(36)</sup>, medianos y bajos, que albergan al 69% de la población mundial de  $\geq 60$  años y donde los sistemas de salud son más débiles y, por tanto, colapsan más rápidamente con el aumento del número de pacientes<sup>(19)</sup>.

En España, Italia, Francia y Estados Unidos, el creciente número de personas con COVID-19 atendidas en casas de reposo fue motivo de preocupación. La mayoría de los residentes en estas instituciones son altamente dependientes del cuidador o del profesional de salud, y un brote en estos lugares puede afectar hasta al 60% de la población<sup>(37)</sup>, con graves implicaciones para el bienestar y, potencialmente, para la supervivencia de los residentes<sup>(19)</sup>. Probablemente por estos motivos, los periódicos publicaron más noticias al respecto, ya

que trataban de una población frágil y muy afectada por el virus, así como el contagio de los profesionales de la salud.

Se puede observar, según los datos proporcionados en la Figura 1, que se tomaron medidas para combatir la enfermedad con el fin de evitar el hacinamiento en los hospitales y, en consecuencia, el colapso del sistema de salud. Países como España, Francia, Italia, Portugal y Estados Unidos han instituido la cuarentena, es decir, la restricción del movimiento y el aislamiento del individuo sintomático y de las personas sanas que podrían haber estado expuestas al virus, con el fin de vigilar sus síntomas y asegurar la detección precoz de los casos<sup>(38)</sup>. Es importante mencionar que, incluso en estas situaciones, según el artículo 3 del Reglamento de Salud Internacional<sup>(39)</sup>, se debe respetar plenamente la dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas.

La adopción de medidas de cuarentena al inicio de la pandemia puede retrasar la propagación de la enfermedad en un país o área, posponer el pico en regiones donde ya existe la transmisión local, o ambos. Sin embargo, si no se implementa adecuadamente, también puede crear fuentes adicionales de contaminación y propagación de la enfermedad<sup>(38)</sup>.

En Brasil, el Ministerio de Salud ha implementado medidas de control y prevención determinadas por los gobiernos federal, estatal y municipal, siendo la más difundida el aislamiento social. Esta medida ha generado controversia, ya que muchas autoridades se muestran escépticas sobre la efectividad de estas acciones o temen daños graves en otras áreas, como la economía. Sin embargo, la población ha intentado seguir las recomendaciones para prevenir la propagación de esta enfermedad<sup>(40)</sup>.

Es interesante notar que, en medio de una pandemia, todos los países buscan seguir las recomendaciones de la OMS para prevenir un gran número de muertes y el colapso de la red de atención de salud. Se han realizado investigaciones para averiguar qué acciones fueron efectivas para aplanar la curva. China, Japón, Tailandia y Corea del Sur adoptaron el uso de la máscara, pero fue en la República Checa, donde el uso era obligatorio, el número de nuevos casos de COVID-19 aumentó lentamente en comparación con otros países europeos<sup>(41)</sup>. En Brasil, algunos estados están instituyendo el uso obligatorio de máscara y, aun así, ya enfrentan una sobrecarga en los servicios de salud. Dicha información no está publicada en revistas científicas, pero diariamente se reporta un aumento de nuevos casos y las medidas de protección son urgentes.

Entre los adultos mayores se han comprobado altas tasas de infectividad y mortalidad, tanto es así que los periódicos reportaron más de 100 noticias, en total, sobre la atención al adulto mayor en hospitales y las muertes derivadas de esta enfermedad. Según los investigadores, la alta infectividad del SARS-CoV-2

aún no se puede enfrentar con el uso de vacunas, lo que aumenta exponencialmente los riesgos y explica la necesidad de intervenciones no farmacológicas como el uso de máscaras, distanciamiento social y otras, con el fin de contener la propagación del virus<sup>(42)</sup>.

En esta pandemia, el derecho a la vida nunca antes había sido tan importante, ya que es inherente a los derechos humanos de todas las personas, sin discriminación por edad. Este derecho está ampliamente protegido por varios documentos: la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y la Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, entre otras, en la que participan la mayoría de los países. En este contexto de pandemia, también es importante recordar la iniciativa de las *United Nations*, que en 2011, en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, y el Consejo Internacional de Enfermeras, en la campaña "Enfermeras - la voz líder: la salud como derecho humano", lanzaron los desafíos para la afirmación de los derechos humanos de las personas, incluidos los derechos de los adultos mayores<sup>(43)</sup>, principalmente en el proceso de vida y muerte.

Los resultados de este estudio pueden contribuir a orientar y motivar a los profesionales de la salud, especialmente de enfermería, en el cuidado de los adultos mayores que contrajeron la nueva enfermedad, promoviendo un diálogo basado en la desmitificación de la enfermedad y asegurando un enfoque centrado en la persona, es decir, en los adultos mayores y sus familias. También, con el acceso a internet, los adultos mayores han visualizado contenidos que pueden generar desinformación y los profesionales de la salud, especialmente los profesionales de enfermería, deben estar capacitados para atender a esta población vulnerable.

Como limitación de este estudio se identificó la ausencia de estudios epidemiológicos para identificar cómo se propaga el virus en cada uno de los países investigados, lo que dificulta comprender el comportamiento de la enfermedad en general y, especialmente, en la población adulto mayor. Otra limitación es el cobro de altas tarifas de acceso por parte de algunos de los periódicos más conocidos de Francia, Italia y Estados Unidos, lo que imposibilitó la recopilación de artículos periodísticos en estas páginas *web*.

## Conclusión

Las noticias periodísticas sobre la atención hospitalaria al adulto mayor con COVID-19 se difundieron rápidamente en todos los países y señalan la necesidad de reorganizar los sistemas de salud para atender a la población adulta mayor debido a su fragilidad y la falta

de profesionales capacitados para ofrecer asistencia a esta clientela.

La pandemia del nuevo coronavirus, COVID-19, llegó a todos los países de forma paulatina y las noticias periodísticas analizadas revelaron la preocupante realidad de la atención de salud a la población adulta mayor, la falta de recurso humano y formación de los profesionales de la salud ante esta situación. El número de muertes aumentó gradualmente y acercó los sistemas de salud al colapso día tras día, especialmente en Europa, donde la proporción de adultos mayores es superior. Esta situación impuso a los profesionales de la salud un dilema ético también ampliamente difundido por estos medios: decidir entre la vida y la muerte de los adultos mayores.

La propuesta presentada estuvo relacionada con el adulto mayor, pero solo en los diarios de dos países, Estados Unidos y Portugal, se mencionó al profesional de enfermería, aunque de forma restringida. La pandemia en el siglo XXI nos trae importantes reflexiones para la planificación de los sistemas de salud, la preparación y valorización de los profesionales para el cuidado de personas de todas edades, especialmente a los adultos mayores. Así, uno de los retos a los que se enfrentan la sociedad, los gestores de salud y los profesionales de salud es la implementación de políticas adecuadas para los adultos mayores, que garanticen sus derechos. Al mismo tiempo, y no menos importante, se debe garantizar a los profesionales de la salud el derecho y el deber de seguir los preceptos éticos de los derechos humanos, según el juramento de la profesión, para no lesionar los principios de la dignidad humana.

## Referencias

1. United Nations Medical Directors. Novel Coronavirus (2019-nCoV) prevention Recommendations for UN Personnel, Families and Visitors. [Internet]. 2020. [cited May 15, 2020]. Available from: [https://hr.un.org/sites/hr.un.org/files/nCoV\\_PreventionRecommendations\\_0.pdf](https://hr.un.org/sites/hr.un.org/files/nCoV_PreventionRecommendations_0.pdf)
2. World Health Organization. Prevención y control de infecciones en los centros de atención de larga estancia en el contexto de la COVID-19. [Internet]. 2020. [cited April 20, 2020]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331643/WHO-2019-nCoV-IPC\\_long\\_term\\_care-2020.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331643/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2020.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
3. 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. doi: 10.1001/jama.2020.2648
4. World Health Organization. Report of the WHO-China joint mission on Coronavirus disease 2019 (COVID-19). [Internet]. 2020. [cited April 28, 2020]. Available from:

- <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>
5. Centers for Disease Control and Prevention. Interim Clinical Guidance for Management of patients with confirmed coronavirus diseases (COVID-19). [Internet]. 2020 [cited May 8, 2020]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>
  6. MacLaren G, Fisher D, Brodie D. Preparing for the most critically ill patients with COVID-19: The potential role of extracorporeal membrane oxygenation. *JAMA*. 2020;323(13):1245-6. doi: 10.1001/jama.2020.2342
  7. Organización Mundial de la Salud. Covid-19: Cronología de la actuación de la OMS. [Internet]. 2020. [cited May 20, 2020]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/detail/08-04-2020-who-timeline---covid-19>
  8. Johns Hopkins University & Medicine. Coronavirus resource center. [Internet]. 2020. [cited May 25, 2020] Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
  9. Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). [Internet]. 2020. [cited May 24, 2020]. Available from: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875)
  10. Vergano M, Bertolini G, Gianini A, Gristina GR, Livigni S, Mistraletti G. Clinical Ethics recommendations for the allocation on intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances: the Italian perspective during the COVID-19 epidemic. *Crit Care*, 2020;84:165. doi: 10.1186/s13054-020-02891-w
  11. Miller FG, Why I Support Age-Related Rationing of Ventilators for Covid-19 Patients. [Internet]. 2020. [cite Apr 9, 2020]. Available from: <https://www.thehastingscenter.org/why-i-support-age-related-rationing-of-ventilators-for-covid-19-patients/>
  12. Jaramillo ACP. La prensa escrita y la comunicación en salud. *Hacia Promoc Salud*, 2015;20(1). doi: <http://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2015.20.1.1>
  13. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007 Dec;19(6):349-57. doi: 10.1093/intqhc/mzm042
  14. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101. doi: <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
  15. Ratinaud P. IRaMuTeQ: Interface de R pour les analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires. [Internet]. 2020 [cited Apr 10, 2020]. Available from: <http://www.iramuteq.org>
  16. Reinert M. Alceste, une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurelia de Gerard de Nerval. *Bull Methodol Sociol*. 1990;26:24-54. doi: <https://doi.org/10.1177/075910639002600103>
  17. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. [Internet]. Brasília: MS; 2016 [Acesso 20 mai 2020]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html)
  18. World Health Organization. A universal truth: no health without a workforce. [Internet]. 2013. [cited Apr 29, 2020]. Available from: <https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/>
  19. Lloyd-SP, Ebrahim S, Geffen L, McKee M. Bearing the brunt of covid-19: older people in low and middle income countries. *BMJ*. 2020;368:m1052. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1052>
  20. Freitas ARR, Napimoga M, Donalísio MR. Assessing the severity of Covid-19. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(2):e2020119. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000200008>
  21. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. *N Engl J Med*, 2020;382(21):2049-55. doi: 10.1056/NEJMs2005114
  22. EuroStat. A look at the lives of the elderly in the EU today. [Internet]. 2020. [cited May 5, 2020]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/infographs/elderly/index.html>
  23. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (ES). Situación actual coronavirus. Actualización n. 76. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). [Internet]. 2020. [Acceso 3 mayo 2020]. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion\\_76\\_COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_76_COVID-19.pdf)
  24. Médecins Sans Frontières. Spain must urgently improve the care of elderly in COVID-19 response. [Internet]. 2020. [cited May 15, 2020]. Available from: <https://www.msf.org/spain-must-urgently-improve-care-elderly-covid-19-response>
  25. Santé Publique France. COVID-19: point épidémiologique du 15 mars 2020. [Internet]. 2020. [cited May 18, 2020]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-15-mars-2020>
  26. Etard JF, Vanhems P, Atlani-Duault L, Ecochard R. Potential lethal outbreak of coronavirus disease (COVID-19) among the elderly in retirement homes and long-term facilities, France, March 2020. *Eurosurveillance*. 2020;25(15). doi: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.15.2000448>
  27. Campos LP, Lins T. Portuguese Pandemic: an account of Covid-19 in Portugal. *Espaço Economia*. 2020;IX(17). doi: <https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.10369>
  28. Organização das Nações Unidas. OMS realça quarentena para o bem de afetados por COVID-19 em Moçambique. [Internet]. 2020. [Acesso 30 abr 2020]. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2020/03/1708352>
  29. Centers for Disease Control and Prevention. Cases in the U.S. [Internet]. 2020. [cited May 15, 2020].

Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/cases-in-us.html>

30. Michigan Data. Coronavirus. [Internet]. 2020. [cited May 12, 2020]. Available from: [https://www.michigan.gov/coronavirus/0,9753,7-406-98163\\_98173---,00.html](https://www.michigan.gov/coronavirus/0,9753,7-406-98163_98173---,00.html)

31. Illinois Department of Public Health. Coronavirus disease 2019 (Covid-19). [Internet]. 2020. [cited May 12, 2020]. Available from: <https://www.dph.illinois.gov/covid19>

32. Centers for Disease Control and Prevention. Morbidity and Mortality Weekly Report: severe outcomes among patients with Coronavirus disease 2019 (COVID-19) - United States, February 12 - March 16, 2020. [Internet]. 2020. [cited May 15, 2020]. Available from: [https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6912e2.htm?s\\_cid=mm6912e2\\_w](https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6912e2.htm?s_cid=mm6912e2_w)

33. Ministério da Saúde (BR). Painel Coronavírus. [Internet]. 2020. [cited May 18, 2020]. Available from: <https://covid.saude.gov.br/>

34. Barros L, Rivetti LA, Furlanetto BH, Teixeira EM, Welikow A. COVID-19: General guidelines for cardiovascular surgeons (standard guidelines - subject to change). *Braz J Cardiovasc Surg*, 2020;35(2):I-III. doi: <https://doi.org/10.21470/1678-9741-1-2020-0604>

35. Oliveira WK, Duarte E, França GVA, Garcia LP. How Brazil can hold back COVID-19. *Epidemiol Serv Saúde* 2020;29(2):e2020044. doi: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200023>

36. Dooley B, Rich M, Inoue M. In graying Japan, many are vulnerable but few are being tested. *New York Times*. [Internet]. 2020. [cited Apr 28, 2020]. Available from: <https://www.nytimes.com/2020/02/29/world/asia/japan-elderly-coronavirus.html>

37. Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D, Hollingsworth TD. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *Lancet*. 2020. doi:10.1016/S0140-6736(20)30567-5

38. World Health Organization. Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19). [Internet] Geneva: WHO; 2020 [cited Apr 18, 2020]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331497/WHO-2019-nCoV-IHR\\_Quarantine-2020.2-eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331497/WHO-2019-nCoV-IHR_Quarantine-2020.2-eng.pdf)

39. World Health Organization: Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel

coronavirus (2019-nCoV). [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited May 5, 2020]. Available from: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

40. Farias HSF. The advancement of Covid-19 and social isolation as a strategy to reduce vulnerability. *Espaço Economia*. 2020;IX(17). doi: <https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.11357>

41. Garcia LP. Use of facemasks to limit COVID-19 transmission. *Epidemiol Serv Saúde*, 2020;29(2):e2020023. doi: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200021>

42. Kucharski AJ, Russel TW, Diamond C, Liu Y, Edmunds J, Funk S, et al. Early dynamics of transmission and control of COVID-19: a mathematical modelling study. *Lancet Infect Dis*. 2020;20(5):553-8. doi: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30144-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30144-4)

43. Rodrigues RAP. Healthy aging and the exercise of human rights. *Ver. Latino-Am. Enfermagem*, 2019;27:e3097. doi: 10.1590/1518-8345.0000.3097 s

Recibido: 24.06.2020

Aceptado: 16.07.2020

Editora Asociada:  
Maria Lúcia Zanetti

**Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Jack Roberto Silva Fhon

E-mail: [betofhon@usp.br](mailto:betofhon@usp.br)

 <https://orcid.org/0000-0002-1880-4379>