

## COVID-19 u starszych pacjentów

### COVID-19 in older adults

Sławomir Tobis<sup>1</sup>, Katarzyna Wieczorowska-Tobis<sup>2</sup>, Agnieszka Neuamnn-Podczaska<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Zakład Terapii Zajęciowej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

<sup>2</sup> Pracownia Geriatrii, Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

#### Streszczenie

COVID-19 wyraźnie wpłynął na codzienne funkcjonowanie osób starszych. Wynika to nie tylko z częstego występowania u nich choroby i dużej śmiertelności, ale też z tzw. syndemii czyli wspólnego oddziaływania choroby i ograniczeń związanych z zapobieganiem szerzenia się infekcji, w tym z izolacji społecznej. U osób z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi wprowadzone ograniczenia zwiększyły ryzyko progresji zaburzeń w kierunku otępienia, a u chorych z otępieniem na pogorszenie wpłynęły nie tylko dotyczące ich ograniczenia, ale także – wynikające z tego – zwiększenie obciążenia opieką u opiekunów i tym samym pogorszenie ich radzenia sobie z opieką. Przyglądając się konsekwencjom COVID-19 brać należy pod uwagę również efekt *long COVID*, który - w związku z niejednoznaczną definicją i problemami w określeniu częstości jego występowania, a także brak badań pokazujących dynamikę obserwowanych zmian – jest, na obecnym etapie, trudny do przewidzenia. *Geriatrics 2022;16:41-45. doi: 10.53139/G.20221608*

*Słowa kluczowe: COVID-19, starsi pacjenci, otępienie, long COVID*

#### Abstract

COVID-19 has had a clear impact on the daily functioning of older people. This is due not only to the frequent occurrence of the disease and high mortality, but also to the so-called syndemic, i.e. the joint influence of the disease and the limitations resulting from prevention measures, including social isolation. In people with mild cognitive impairment, the introduced restrictions increased the risk of progression towards dementia, and in patients with dementia, the deterioration was influenced not only by the restrictions, but also from the resulting increase in the care burden of caregivers and thus their worse coping with care. When looking at the consequences of COVID-19, the effect of *long COVID* should also be taken into account, which – due to the ambiguity of definition and problems in determining its frequency, as well as the lack of studies showing the dynamics of the observed changes – is, at the present stage, difficult to predict. *Geriatrics 2022;16:41-45. doi: 10.53139/G.20221608*

*Keywords: COVID-19, older adults, dementia, long COVID*

Pierwsze przypadki zachorowań na COVID-19 Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) zarejestrowała w grudniu 2019 r. Obecnie zachorowało już około 500 mln osób na świecie, w tym ponad 6 mln zmarło; w Polsce zachorowało prawie 6 mln i ponad 100 tys. zmarło [1]. Osoby starsze uznaje się za szczególnie wrażliwe, ponieważ śmiertelność w tej grupie jest największa. Jak pokazują dane amerykańskie, w grupie wiekowej 65-74 lata podczas pierwszej fali pandemii umarł częściej niż co piąty chorujący, a w grupie 75 i więcej lat – częściej niż co czwarty [2].

#### Objawy COVID-19 u osób starszych

Pomimo tego, iż od dawna wiadomo, że osoby starsze chorują inaczej, podczas pierwszej fali pandemii podkreślano raczej podobną manifestację COVID-19 u tej grupy pacjentów. W pierwszym przeglądzie literatury poświęconej COVID-19 u starszych chorych pokazano, że objawy najczęściej występujące u hospitalizowanych pacjentów starszych to przede wszystkim gorączka i kaszel oraz, nieco rzadziej, duszność.

Jednocześnie od dawna zwracano uwagę na to, że np. w przebiegu zapalenia płuc u osób starszych często w miejsce typowych objawów takich jak właśnie kaszel,

dusznosc czy goraczka pojawia sie nietypowe: majaczenie (delirium), upadki czy pogorszenie codziennego funkcjonowania albo zaostrzenie chorob przewleklych [3].

Tymczasem Ward i wsp. [4] zaprezentowali przypadki 4 chorych, u ktorych w przebiegu COVID-19 pojawilo sie majaczenie bez objawow ze strony ukladu oddechowego czy goraczki. Byli to chorzy ze zdiagnozowanymi wczesniej czynnikami ryzyka dla manifestacji chorob pod postacią ostrych zaburzen funkcji poznawczych w zwiazku z ograniczeniem rezerwy czynnościowej mózgu – dwóch z rozpoznana chorobą Alzheimera, jeden z otępieniem czołowo-skroniowym i jeden z otępieniem naczyniowym. U chorych tych po 3-7 dniach potwierdzono obecność zmian zapalnych w płucach oraz COVID-19. Nietypowy obraz choroby utrudnił postawienie rozpoznania pomimo tego, że u chorych tych właśnie takiej manifestacji można było się spodziewać.

Na większą częstość ostrych zaburzeń funkcji poznawczych i upadków u chorych starszych z COVID-19 podczas pierwszej fali pandemii zwracali uwagę np. Sacco i wsp. [5], którzy porównywali występowanie objawów u osób starszych mieszkających w jednej z francuskich instytucji opiekuńczych.

W naszych analizach [6], do ktorych włączono pierwszych 50 pacjentów starszych hospitalizowanych podczas pierwszej fali pandemii w szpitalu przekształconym na szpital dedykowany COVID-19 w Poznaniu, pokazaliśmy, że zaburzenia funkcji poznawczych podczas przyjęcia na oddział były obecne u co piątego pacjenta (20% badanych), podobnie jak zaostrzenie chorob przewleklych (niewydolność serca, choroba niedokrwienna serca, przewlekła obturacyjna choroba płuc – 22%). Rzeczywiście jednak typowe objawy obecne były częściej; goraczka prawie u dwóch na trzech pacjentów (58%), dusznosc – u co trzeciego (34%), a kaszel niewiele rzadziej (28%).

Juz wiele lat temu Jarrett i wsp. [7] pokazali, że upadków i majaczenia (delirium) jako atypowej prezentacji chorob należy się spodziewać w przebiegu bardzo różnych patologii u co trzeciej osoby starszej, nawet w grupie pacjentów bez zwiększonego ryzyka niesprawności.

Wszystko to razem pokazuje, że chociaż u chorych starszych mogą występować typowe objawy, należy jednak również spodziewać się nietypowych – zwłaszcza u pacjentów z grup ryzyka czyli tych, z ograniczeniem rezerwy czynnościowej. Co więcej, nietypowe objawy

wymagają zawsze wzięcia pod uwagę konieczności szerokiej diagnostyki różnicowej.

## Syndemia COVID-19

Wysoka zachorowalność i śmiertelność z powodu COVID-19 skupiła uwagę świata na tej chorobie zakaźnej. Horton [8] jako pierwszy zwrócił uwagę, że skupianie się na zwalczaniu choroby zakaźnej czyli na koncentracji na blokowaniu szerzenia się wirusa i kontrolowaniu rozprzestrzeniania się wirusa jest zbyt wąskim podejściem. W swoim komentarzu opublikowanym w *The Lancet* pt. *COVID is not a pandemic* (2020) wskazuje na to, że oddziaływanie wirusa należy widzieć także w kategorii nasilenia ryzyka występowania chorob niezakaźnych i nasilenia ich skutków, a więc syndemii. Oznacza to, że musimy przygotować się na odległe szerokie konsekwencje niezależne od obecności czynnika zakaźnego. Co więcej, wziąć należy również pod uwagę skutki społeczne wynikające między innymi z obostrzeń i wprowadzonych nakazów. Wszystko to razem tworzy niezwykle skomplikowany obraz potrzeb, rzeczywiście o wiele szerszych niż tylko związanych z koniecznością zablokowania szerzenia się wirusa.

Podczas pandemii dedykowanie wielu jednostek diagnozowaniu i leczeniu COVID-19 spowodowało zmniejszenie dostępności opieki zdrowotnej. Poza tym chorzy często również woleli pozostać w domu niż zgłaszać się po placówek opieki zdrowotnej, obawiając się zakażenia. Zmniejszenie hospitalizacji związanej z wystąpieniem zawału serca o 1/3 w ciągu pierwszego miesiąca pandemii w Lionie (Francja) pokazali Lantelme i wsp. [9]. Niepokojące są również m.in. doniesienia dotyczące skutków odległych związanych z wstrzymaniem badań przesiewowych w kierunku najczęstszych nowotworów [10]. W związku z niedodiagnozowaniem i niedoleczeniem chorob niezakaźnych, ich skutki dla zdrowia, w tym zwłaszcza zdrowia osób starszych, są trudne do zdefiniowania.

Rozważając oddziaływania wprowadzonych ograniczeń warto skupić się na osobach z zaburzeniami funkcji poznawczych. Badania DiSanto i wsp. [11] zwróciły uwagę na związane z tym ryzyko progresji łagodnych zaburzeń funkcji poznawczych (MCI – ang. *Mild Cognitive Impairment*) w kierunku otępienia. Osoby te powinny podjąć wszystkie możliwe modyfikacje trybu życia dla zmniejszenia tego ryzyka. Cytowani autorzy przedstawili program dedykowany tym osobom, który został wdrożony jako pilotaż tuż

przed pandemią. Został on zatrzymany w związku z prowadzonymi obostrzeniami. Po miesiącu skontaktowano się z uczestnikami pytając ich o ich styl życia; wszyscy deklaruowali, że ograniczyli kontakty społeczne, 2/3 zgłaszały ograniczenie aktywności rekreacyjnej, a 1/3 – wyraźne ograniczenie aktywności fizycznej; dodatkowo 1/3 – zgłaszała pogorszenie diety i tyle samo przyrost masy ciała. Tak więc na tej grupie, dla której prozdrowotny styl życia jest szczególnie ważny, wyraźnie można zobaczyć niekorzystne odległe skutki pandemii niezwiązane bezpośrednio z rozprzestrzenianiem się czynnika zakaźnego.

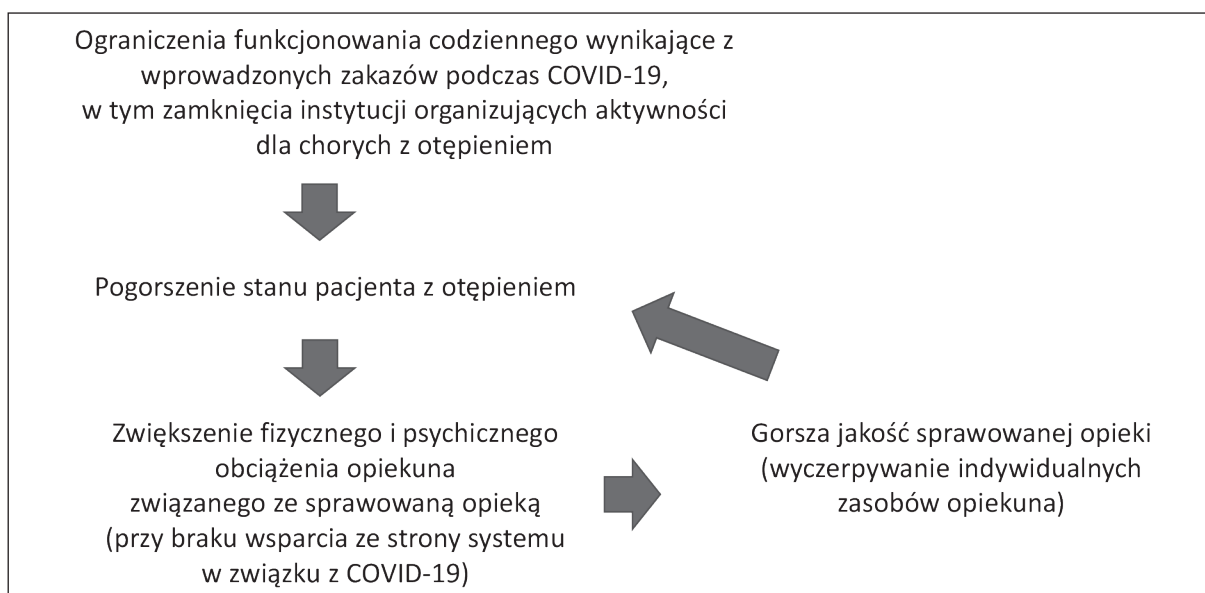
Podobną grupę stanowią pacjenci z otępieniem i ich opiekunowie. Tsapanou i wsp. [12] pokazali, że pogorszenie funkcjonowania podczas pandemii i związanych z tym ograniczeń funkcjonowania dotyczyło 4 na 5 pacjentów z otępieniem. Dotyczyło to przede wszystkim takich domen jak mobilność, komunikacja i stosowanie się do zaleceń. To pogorszenie funkcjonowania prowadziło do zwiększonego obciążenia opiekunów (zarówno w wymiarze fizycznym, jak i psychicznym), a to z kolei wpływało na gorszą jakość opieki (przy braku wsparcia), a w dalszej perspektywie – na pogorszenie funkcjonowania pacjentów.

Przedstawiony mechanizm błędnego koła (rycina 1) był trudny do przerwania podczas obowiązujących ograniczeń, gdyż wymagał z jednej strony uruchomienia działań na rzecz poprawy funkcjonowania samych pacjentów z otępieniem, a z drugiej – wsparcia opiekunów, co podczas zamknięcia wszystkich placówek dedykowanych tym chorym i ograniczeń funkcjonowania systemów wsparcia związanych z zaangażowaniem wszystkich sił na rzecz walki z COVID-19 było niemożliwe.

Podsumowując, negatywne oddziaływania COVID-19 dla osób starszych muszą być rozpatrywane dużo szerzej niż tylko jako konsekwencje choroby zakaźnej.

### Przykład wsparcia osób starszych wdrożonego podczas COVID-19

W odpowiedzi na ograniczony dostęp do placówek opieki zdrowotnej powstało wiele rozwiązań wspierających starszych pacjentów. Jedną z takich inicjatyw podjęli studenci Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu wraz z nauczycielami akademickimi, którzy podczas pandemii udzielali porad osobom starszym. Inicjatywa



Rycina 1. Schemat pogorszenia funkcjonowania pacjentów z otępieniem podczas COVID-19 (na podstawie DiSanto i wsp.)

Figure 1. The scheme of worsened functioning of patients diagnosed with dementia during COVID-19 (based on DiSanto et al)

ta otrzymała nazwę „Internetowo-telefoniczny Punkt Konsultacyjny Studenci Seniorom” (itPK)[13].

Punkt zaoferował dwa rodzaje konsultacji:

- **konsultacje lekowe**, których udzielali wspólnie studenci wydziału lekarskiego i wydziału farmacji; celem tych porad było zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów starszych w kontekście stosowanej farmakoterapii, czyli m.in. odpowiedź na pytania dotyczące zasad stosowania leków; jak brać konkretne leki (przed czy po jedzeniu)?, co zrobić kiedy np. kończy się jakiś lek? jakie dodatkowe leki bez recepty lub suplementy diety można dołączyć do leczenia, tak aby nie dochodziło do niekorzystnych interakcji ze stosowanymi lekami na receptę?
- **konsultacje aktywnościowe**, których udzielali studenci terapii zajęciowej; celem tych porad było wskazanie osobom starszym w domach możliwości aktywizacji dostosowanych do ich profilu zajęciowego podczas obowiązujących obostrzeń.

Prowadzone działania pozwoliły studentom na poznanie zasad komunikacji z osobami starszymi i rozwiązywania ich problemów.

Pacjenci starsi zgłaszali się pod wskazany numer i byli przekierowywani do studentów, którzy zbierali szczegółowy wywiad podczas pierwszego połączenia. Następnie przygotowywali rozwiązania zgłaszanych problemów i przekazywali je osobom starszym podczas drugiego połączenia, którego termin ustalano indywidualnie w zależności od stopnia skomplikowania zagadnień i czasu, który studenci musieli w te rozwiązania zainwestować. Wszystkie etapy odbywały się pod okiem nauczycieli akademickich. Często dodatkowo ustalano terminy dalszych połączeń, służące sprawdzeniu, czy wystosowane rekomendacje przyniosły pożądany skutek. Możliwa była też dodatkowa interwencja modyfikująca pierwotnie wydane rekomendacje.

Połączenia realizowano w formie audio lub wideo. Starano się używać komunikatorów internetowych. Do pomocy w zakresie połączeń został wyznaczony dodatkowy student odpowiedzialny za ich aspekty techniczne. Osoby starsze korzystające z konsultacji itPK informowano, że mogą nawiązać kontakt wideo i, jeśli się na to zdecydują, otrzymają od studentów pomoc w skonfigurowaniu odpowiedniej aplikacji.

Wyniki udzielanych porad szczegółowo opracowano dla udzielonych konsultacji lekowych [14]. W ramach anonimowych ankiet zebrano dane doty-

czące satysfakcji pacjentów. Na pytanie czy uzyskałeś potrzebną opiekę podczas konsultacji odpowiedziało pozytywnie 92,9% osób (76,2% zdecydowanie tak i 16,7% raczej tak), a na pytanie – czy wzięłbyś ponownie udział w konsultacji, gdyby była taka potrzeba – 90,5% (85,7% zdecydowanie tak i 4,8% raczej tak). Wartością dodaną tych konsultacji była współpraca studentów medycyny i farmacji podczas zbierania wywiadu oraz przygotowywania rekomendacji.

Udzielono m.in. porad lekowych w zakresie:

- braku wskazań do stosowania leku – przewlekłe stosowanie (powyżej 8 tygodni) w samoleczeniu inhibitorów pompy protonowej pomimo braku wskazań,
- obecności działań niepożądanych – zmiany skórne w przebiegu reakcji alergicznej na ziołowe suplementy diety,
- nieskuteczności leku – w przypadku leków wziewnych u pacjenta z astmą.

### **Long COVID**

Obecnie dyskutuje się dodatkowy problem, jakim jest *long COVID*, czyli utrzymujące się objawy lub pojawiające się nowe związane z przebytą chorobą pomimo upływu czasu. Problem ten w mniejszym odsetku dotyczy wprawdzie osób starszych, niemniej jednak, ponieważ ich sprawność była często już ograniczona przed zachorowaniem na COVID-19, często nawet niewielkie jej pogorszenie może wymagać pomocy w codziennym funkcjonowaniu. Zagadnieniu temu poświęcony jest prowadzony obecnie w Europie projekt EU-COGER [15]. Jest to badanie wielośrodkowe prowadzone przez 60 ośrodków w 10 krajach (niestety nie w Polsce), które ma pokazać wpływ przechorowania COVID-19 na sprawność funkcjonowania osób starszych w zakresie podstawowych funkcji życiowych (ang. *Activities of Daily Living* – ADL) u pacjentów poddanych rehabilitacji geriatrycznej [16]. Badanie ma z jednej strony pozwolić na obserwację powrotu do zdrowia starszych pacjentów po przechorowaniu COVID-19 podczas i po pobycie na oddziale rehabilitacji, a z drugiej – przyjrzenie się formom rehabilitacji stosowanych u pacjentów starszych po przechorowaniu COVID-19 w różnych krajach europejskich. W październiku 2021 zakończono włączanie pacjentów do projektu. Stan każdego pacjenta oceniany jest czterokrotnie; przy przyjęciu na oddział rehabilitacji, przy wypisie oraz

po 6 tygodniach i po 6 miesiącach, aby odpowiedzieć  
napytanie o długoterminowy efekt podjętych działań.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji / Correspondence address

✉ Sławomir Tobis

Zakład Terapii Zajęciowej

Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

ul. Bukowska 70; 60-812 Poznań

☎ (+48 61) 854 73 06

✉ stobis@ump.edu.pl

## Piśmiennictwo/References

1. <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.
2. <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#demographics>.
3. Wieczorowska-Tobis K. Obraz kliniczny zapalenia płuc u osób w podeszłym wieku. *Gerontol Pol* 2008;16(2):89-96.
4. Ward CF, Figiel GS, McDonald WM. Altered Mental Status as a Novel Initial Clinical Presentation for COVID-19 Infection in the Elderly. *Am J Geriatr Psychiatry* 2020;28(8):808-11.
5. Sacco G, Foucault G, Briere O, Annweiler C. COVID-19 in seniors: Findings and lessons from mass screening in a nursing home. *Maturitas* 2020;141:46-52.
6. Neumann-Podczaska A, Chojnicki M, Karbowski LM i wsp. Clinical Characteristics and Survival Analysis in a Small Sample of Older COVID-19 Patients with Defined 60-Day Outcome. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(22):8362.
7. Jarrett PG, Rockwood K, Carver D, Stolee P, Cosway S. Illness presentation in elderly patients. *Arch Intern Med* 1995;155(10):1060-4
8. Horton R. COVID-19 is not a pandemic. *Lancet* 2020;396(10255):874.
9. Lantelme P, Targe SC, Metral P i wsp. Worrying decrease in hospital admissions for myocardial infarction during the COVID-19 pandemic. *Arch Cardiovasc Dis* 2020;113(6-7):443-7.
10. Maringe C, Spicer J, Morris M i wsp. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. *Lancet Oncol* 2020;21(8):1023-34.
11. Di Santo SG, Franchini F, Filiputti B, Martone A, Sannino S. The Effects of COVID-19 and Quarantine Measures on the Lifestyles and Mental Health of People Over 60 at Increased Risk of Dementia. *Front Psychiatry* 2020;11:578628.
12. Tsapanou A, Papatriantafyllou JD, Yiannopoulou K i wsp. The impact of COVID-19 pandemic on people with mild cognitive impairment/dementia and on their caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry* 2021;36(4):583-7.
13. Tobis S, Wieczorowska-Tobis K, Neumann-Podczaska A. W: Łuszczynska M, Formosa M (red). *Aging and COVID-19. Making sense of a disrupted world*. Taylor & Francis, Londyn 2021:274-84.
14. Neumann-Podczaska A, Seostianin M, Madejczyk K i wsp. An Experimental Education Project for Consultations of Older Adults during the Pandemic and Healthcare Lockdown. *Healthcare (Basel)* 2021;9(4):425.
15. Grund S, Caljouw MAA, Haaksm ML i wsp. Pan-European Study on Functional and Medical Recovery and Geriatric Rehabilitation Services of Post-COVID-19 Patients: Protocol of the EU-COGER Study. *J Nutr Health Aging* 2021;25(5):668-74.
16. [https://www.lumc.nl/org/unc-zh/English/Research/GeriatricRehabilitation/EU\\_COGER\\_ENGLISHpage/](https://www.lumc.nl/org/unc-zh/English/Research/GeriatricRehabilitation/EU_COGER_ENGLISHpage/).