

# Den geriatriska patienten med Covid-19 infektion

## Bakgrund

På Dalengeriatriken öppnade vi 16/3 vår första avdelning med 19 vårdplatser som enbart vårdar patienter med aktiv Covid-19 infektion. Sedan dess har ytterligare två vårdavdelningar med 48 vårdplatser för Covid-19 sjuka patienter öppnats. För att kunna ta emot patienter med misstänkt och ännu inte verifierad/förkastad infektion, används också enkelrum - som mest åtta, på tre av verksamhetens återstående fyra vårdavdelningar. Vi har sedan starten av pandemiperioden hos oss 16/3, vårdat 205 patienter i åldrarna 66 – 100 år.

När de första patienterna kom började vi jämföra de symtom och fynd i status, lab- och röntgenundersökningar vi gjorde, med de som rapporterats av kollegor och i litteraturen. Vi har under tiden sedan mitten av mars noterat många likheter, men också många olikheter i mellan den vanliga geriatriska patienten och andra vuxna patienter.

## Den geriatriska patienten

Majoriteten av de patienter som till en början lades in hos oss var äldre än 70 år, de hade två eller fler aktiva grundsjukdomar, dvs var multisjuka. De flesta kom på remiss från akutsjukhus då patienter med svåra Covid-19 symtom råddes att söka/kom med ambulans till akutmottagning på akutsjukhus.

Efterhand när vårdplatserna på akutsjukhusen (infektion och specifika Covid-avdelningar) successivt fullbelades remitterades en ökad andel av patienterna direkt från akutmottagning eller akutvårdsavdelning. I dagsläget remitteras allt fler patienter som inte uppfyller kriterierna på äldre och multisjuk respektive klassisk rehabiliteringspatient (ortoped- eller neurologisk rehab). En del av dessa läggs också in på geriatrisk avdelning.

Patientmixen förändrades också, framförallt i början av perioden, men även fortsatt är antalet patienter med vanliga akutgeriatriska respektive rehabiliteringsbehov utan Covid-19 infektion färre.

## Covid-19 symtom hos den geriatriska patienten

### Debutsymtom

Uppemot 50% av de patienter som vi tar in direkt från hemmet/ambulans/akutmottagning har inte de typiska symtom med feber och/eller luftvägsbesvär som anges som typiska för aktiv Covid-19. De symtom vi noterat är

#### *Allmänna symtom*

Vanligast är trötthet/svaghet.

#### *Neurologiska symtom*

Vi har noterat allt ifrån lätt huvudvärk över förvirring av varierande grad till manifest grand-mal-anfall. Vanligast är förvirring inte sällan i kombination med falltrauma med kontusioner eller frakturer.

#### *Muskel-skelett-symtom*

Generell muskelsmärta men även isolerad bröstsmärta utan hållpunkt för angina pectoris eller hjärtinfarkt.

#### *Försämring av grundsjukdom*

Vanligast med försämring av kronisk obstruktiv lungsjukdom och hjärtsvikt.

### *Gastro-intestinala symtom*

Vanligast med illamående/matleda, därefter diarré. Enstaka fall med mer ihållande illamående och kräkningar.

### **Symtom under vårdtiden**

#### *Allmänsymtom*

>90 % av patienterna har blivit subfebrila eller febrila. De febrila har haft som mest 39 - 40 grader, men få har haft frossa som inte samtidigt haft tecken på en bakteriell infektion.

Alla patienter har varit tröttare och har ett ökat och ofta stort omvårdnads- och mobiliseringsbehov.

#### *Neurologiska symtom*

Nedsatt orienteringsgrad hos de som vid inkomst drabbats av det. Enstaka patienter har haft måttlig till svår huvudvärk (morfinkrävande). Apati och irritabilitet är mycket vanligt (>90 %). En patient fick övergående hallucinationer och övergående afasi. Patienter med demenssjukdom är en speciell utmaning; speciellt om de inte blir så trötta eller är i återhämtningsfas och inte kan förmås hålla isolering.

#### *Muskel-skelett-symtom*

Generell muskelsmärta men även isolerad bröstsmärta utan hållpunkt för angina pectoris eller hjärtinfarkt. Vissa patienter har en påtaglig allodyni.

#### *Försämring av grundsjukdom*

Kronisk obstruktiv lungsjukdom. Efter den akuta fasen kvarstående hosta hos ca 50 % av fallen.

Hjärtsvikt: Försämring av såväl vänster som högersvikt.

### *Gastro-intestinala symtom*

Vanligast med illamående/matleda, därefter diarré. Enstaka fall med mer ihållande illamående och kräkningar. I litteraturen finns fallrapporter om att Coronavirus kan föröka sig gallvägsepitel med en lab. bild som vid cholestas (förhöjd gamma-GT, ALP). Vi har observerat detta hos flera patienter men oklart. Då flera av dessa även fått diagnos cholecystit respektive gallsten på kirurgavdelning.

#### *Luftvägssymtom*

Se nedan

### **Status- och undersökningsfynd vid aktiv/allvarlig Covid-19**

Sub-/febrilitet ses hos >90 % av patienterna. Ovanligt med frossa vid enbart Covid-19 infektion. Relativt vanligt med svängande feber

Tachypné med inte sällan (ca 50 %) utan subjektiv dyspné även om andningsfrekvensen är kraftigt förhöjd (> 30/min).

Nedsatt saturation: som för andningsfrekvens.

Torrhosta

Lungauskultation: Högfrekventa krepitationer som hörs över hela lungfälten. Motsvarande fynd som vid lungfibros. Ju kliniskt sämre patient desto tydligare fynd. För kritiskt sjuka patienter även lösa rassel, svårt skilja ut svikt.

Cirkulation: ca 40 % av patienterna har en relativ bradykardi med hjärtfrekvens 70 – 90/min trots en andningsfrekvens på 20 - 30/min och temp >38 grader. Flera patienter har också fått, såvitt vi kunnat bedöma, nydebuterade förmaksflimmer. Blodtrycket som regel normalt även vid uttalad hypoxi.

Klinisk kemi: Som i litteraturen har vi sett att patienter med leuko- lymfo- och trombocytopeni, förhöjd LD, förhöjt Ferritin i högre grad har ett allvarligt förlopp. Speciella svårigheter utgör patienter med hjärtsvikt där kliniska fynd och lungröntgen inte ger en tydlig bild, då NT-pro-BNP ofta förhöjt pga. Covid-19 infektionen. Samma gäller differentialdiagnostiken mot bakteriella infektioner, speciellt pneumoni. Procalcitonin är som regel lågt vid Covid-19. CRP kan stiga till över 300 även utan tecken till bakteriell infektion.

Blodgas: Hyperventilationsbild, ev. med respiratorisk alkalos.

Röntgen: Slätröntgen/DT lungor ger samma bild som i litteraturen med typiska infiltrat.

## Övervakning, profylax

### Vitalparametrar

De patienter som försämras i sin Covid-infektion gör det i >90 % av fallen på dag 7 - 10 sedan symtomdebut. Ökad andningsfrekvens och/eller nedsatt saturation (syrgasbehov) är de tidigaste tecknen. Övervakning av vitalparametrar men framförallt att observera patientens andning löpande vid omvårdnad, måltider är viktiga då försämring kan komma gradvis men ändå snabbt så att patienten kan bli kraftigt försämrad på ibland så kort tid som 6 - 12 timmar.

De flesta patienter som vårdats hos oss har varit sköra patienter med tydliga behandlingsbegränsningar, där man tidigt i vårdförloppet kunnat besluta om behandlingsbegränsningar. I några fall har vi vårdat patienter som kunnat dra nytta av intermediär- eller intensivvård. Vi har här haft en utmaning att kunna övervaka och även agera korrekt vid försämring. Några patienter har fått remitteras akut till akutsjukhus och i flera fall direkt tagits till intensivvård.

### Fall

Förvirring, nedsatt orientering, nedsatt allmäntillstånd ger ökad risk för att patienten själv tar sig ur sängen och ger en ökad fallrisk. Åtgärder som larm-mattor, KAD får övervägas.

### Nutrition

>90 % av patienterna får nedsatt aptit; vi har sett flera orsaker som påverkan på lukt/smak (Covid-19 orsakad?), men i de flesta fall är det vanliga orsaker som allmän svaghet, förvirring, svampinfektion som ligger bakom. Detta ger ett stort omvårdnadsbehov och parenteral nutrition kan behövas för de patienter där förloppet är mer långdraget. Då diarré och andningsproblem är vanliga har vi inte försökt enteral nutrition via sond.

### Munhälsa

Nedsatt förmåga att dricka tillsammans med syrgas och ökad andningsfrekvens ger en ökad risk för försämrad munhälsa. Adekvat munvård/kontroll av är därför nödvändig tidigt i vårdtiden.

### Lab. parametrar

Patienter som remitteras från slutenvård på akutsjukhus är som regel provtagna vad gäller blodstatus, elektrolyter, kreatinin/GFR, CRP men också levervärden och ”prediktiva” prover som LD, Ferritin, D-dimer. Många men inte alla har genomgått lungröntgen.

Patienter som tas in från akutmottagning har som regel genomgått rutinprovtagning för blodvärden, elektrolyter, blodsocker. Om feber/luftvägssymtom inte finns testar man inte med CRP och inte för Sars-Cov-2 (PCR). Detta är med anledning av den höga frekvensen atypiska symtom hos äldre, multisjuka patienter många gånger både olyckligt och en källa till osämja mellan jourhavande.

För patienter som läggs in direkt från ambulans/hemmet har vi tagit prover för CRP, Blodstatus, kreatinin, elektrolyter, b-glucos, b-celler och LD. Vidare PCR för Sars-Cov-2. Under influensasäsong även NF-prov för detta och RS-virus.

Under vårdförloppet har vi följt CRP, blodvärden, kreatinin, elektrolyter regelbundet med en viss frekvens beror på kliniskt förlopp. CRP kan diskuteras: det varierar även hos kliniskt stabila patienter. En kraftig CRP-stegring kan ses 24 timmar före klinisk försämring men måste inte följas av en uttalad klinisk försämring. Procalcitonin kan här hjälpa i differentialdiagnostiken.

### Tromboembolisk sjukdom

I litteraturen finns beskrivet en ökad frekvens insjuknande i venös tromboemboli (Djup ventrombos, lungemboli) med upp till 30 % incidens hos IVA-vårdade patienter. Vi följer därför rekommendationen om att ge trombosprofylax med lågmolekylärt heparin till patienter som vårdas i slutenvård för Covid-19 (och som inte har antikoagulantibehandling av annat skäl). Vi använder sedvanlig post-operativ profylaxdos. Hos patienter med allvarlig klinisk bild övervägs alltid en dosökning till dubbel profylaxdos. Profylax ges under slutenvårdstiden och förlängs upp till 4 v för patienter som vid utskrivning inte är adekvat mobiliserade och/eller har en kvarstående inflammation. Pågående antikoagulation bibehålls och ändras bara om biverkan/intagssvårigheter/interaktioner nödvändiggör det. Några mycket sköra patienter har haft sena (>12 - 14 d efter Covid-19insjuknandet) försämringar med ökad dyspné och syrgasbehov. Då dessa patienter av olika skäl inte kunnat undersökas för lungemboli har de på kliniska grunder fått full antikoagulation med gott kliniskt svar.

### Vårdförlopp

Vi har identifierat tre huvudsakliga vårdförlopp hos de äldre, multisjuka patienter som kommer till oss. Grupperna två och tre dominerar till antalet

- Feber eller andra symtom med sedan tillkomst av feber och begränsat syrgasbehov tidigt i förloppet (1 - 3 dagar). Sedan sker en förbättring av både AT och respiration. Subfebrilitet kvarstår ofta några dagar. Syrgas kan avvecklas och patienten mobiliseras efter 3 - 4 dagar och det medicinska vårdbehovet upphör. Ett lätt/måttligt ökat omvårdnadsbehov är kvar.
- Insjuknande som ovan men mer långdraget förlopp med subfebril växlande med febril, nedsatt AT, lättare/måttlig luftvägssymtom/syrgasbehov längre tid. Långdragen uttalad trötthet och matleda med stort behov av omvårdnad och nutritionsstöd även sedan feber/andra symtom klingat av. Risk för komplikationer med pneumoni, trycksår, försämrad munhälsa.
- Initial som ett av två ovanstående förlopp, Efter 7 - 10 dagar inträder en försämring med snabbt ökat andningsfrekvens och syrgasbehov upp till 15 L/min. Efter 1 - 2 dagar stabiliseras situationen och efter ytterligare 2 - 3 dagar förbättras sedan patienten med minskande syrgasbehov/sjunkande CRP. Alternativt ytterligare försämring, ytterligare ökat syrgasbehov (>15 L) och patienten går in i en terminal respiratorisk svikt.

Efter en överstående kris eller senare i ett långdraget förlopp kan patienten komma att försämrats igen med symtom från andning, feber. Dessa patienter har då oftast drabbats av en komplikation som bakteriell infektion (fr.a. pneumoni), lungemboli, hjärtsvikt - ny eller försämrad. Grundsjukdomar som KOL, hjärtsvikt kan göra förloppet mer långdraget.

### Behandling/symtomlindring

Förutsatt att patienten inte ska remitteras för vård på IMA eller IVA: Behandling vid allvarlig försämring som har varit syrgas och symtomlindring med morfin, bensodiazepiner. Vid mycket snabbt förlopp vid behovsinjektioner; vid mer långdraget (>2 d) har vi använt s.c. sprutpump. För kontroll av syrgasbehandling med höga flöden behövs blodgas, ibland tätare pga. KOL, i andra fall pga. cyanos,

misstanke om syra-basrubbnig. Intravenös vätska/nutrition får ges med försiktighet till allvarligt sjuka patienter då mängder över 1500 ml/min i flera fall har lett till hjärtsvikt.

### Vårdetiska överväganden och behandlingsbegränsningar

I en situation där en patient som i hög biologisk ålder och med mer eller mindre uttalad skörhet, drabbas av en sjukdom där botande behandling saknas och där patienten tillhör en grupp med hög risk för att hamna i ett livshotande tillstånd, väcks förstås oro och osäkerhet; hos patienter, anhöriga och hos vårdpersonal. Till detta läggs också praktiska problem där man pga. den höga smittsamheten hos coronaviruset måste isolera patienten från sina närmaste och att en möjlig livräddande behandling i form av långvarig och tung intensivvård för de allra flesta av våra patienter inte är ett realistiskt alternativ. Av detta är tydligt att vår kunskap om de olika vårdalternativen och vår förmåga att förmedla information om dessa till patienter och anhöriga på ett tydligt och ändå mänskligt sätt, ställts på prov under pandemin. Preciserade, kommunicerade och uppdaterade behandlingsbegränsningar, som beslutas tidigt i vårdförloppet är då det är indicerat, viktigt för att skapa en stabil vårdssituation, där fokus kan läggas på det vi faktiskt kan göra för patienten.’

Vi har även haft och har tillgång till kurator och psykolog som kan stödja såväl patienter som vårdpersonal.

### Fortsatt vård/utskrivning/planering

Då flertalet patienter har haft en kvarstående ökning- i många fall av hög grad, av omvårdnadsbehovet har efterfrågan på korttidsboenden varit stor. Vi har haft bra möjligheter till att kunna skriva ut patienter till korttidsboenden inriktade på Covid-19 sjuka patienter.

Stockholm 2020-05-10

Sammanfattade erfarenheter från Covid-avdelningarna på Dalen geriatriken

Lars Göran Lundberg

Specialistläkare. M.A.L

