

Jan Ilkowski

Wybrane elementy oceny geriatrycznej pacjentów starszych hospitalizowanych z powodu COVID-19 na Oddziale Neurologii Szpitala MSWiA w Poznaniu.

Celem pracy było scharakteryzowanie pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19 pod kątem czynników ryzyka zwiększonej śmiertelności, w tym szczególnie danych wynikających z elementów przeprowadzonej oceny geriatrycznej. Przygotowano bazę danych chorych hospitalizowanych z powodu COVID-19 na oddziale neurologii Szpitala MSWiA w okresie od 10.09.2021 do 15.01.2022 i poddano ją analizie.

W pierwszym artykule (Ilkowski J i wsp. *Life* 2025;15(2):271) podjęto analizę pacjentów starszych (od 65 roku życia; n=141). Stwierdzono, że wynik 0 punktów w skali Katza (oceniającej sprawność w zakresie ADL - ang. Activities of Daily Living) przy przyjęciu oraz zmiana w ADL (różnica pomiędzy wynikiem ADL przed zachorowaniem i przy przyjęciu) o co najmniej 3 punkty zwiększa ryzyko zgonu odpowiednio o 3,57 (95% CI 1,57–8,10; p = 0,0024) i 3,78 (95% CI 1,49–9,54; p = 0,005).

W drugim artykule (Ilkowski J i wsp. *Gerontologia Polska* 2024; 32:247-253) podjęto analizę najstarszych pacjentów - w wieku co najmniej 80 lat (n=62). Pacjenci, których pobyt zakończył się zgonem różnili się od tych, którzy zostali wypisani ze szpitala większą częstością stężeń prokalcytoniny powyżej wartości referencyjnych przy przyjęciu do szpitala (n=8; 17,8% vs. n=9; 52,4%; p <0,01), częściej mieli podwyższone ryzyko niedożywienia (n=13; 76,5% vs. n=21; 6,7%; p <0,05) oraz większy pogorszeniem samodzielności wynikającym z zachorowania na COVID-19 (różnica wyników ADL pomiędzy stanem sprzed zachorowania i przy przyjęciu do szpitala: $3,8 \pm 1,5$; 4,0 vs. $2,5 \pm 1,9$; 2,0; p <0,05).

W trzecim artykule (Ilkowski J i wsp. *Nutrients* 2025; 17(7):1278) przeanalizowano wszystkich pacjentów, których dane były dostępne w przygotowanej bazie (n=222). W analizach jednowymiarowych modeli proporcjonalnego hazardu Coxa, ryzyko niedożywienia (NRS-2002 ≥ 3) było silnym predyktorem śmiertelności szpitalnej - HR wynosił od 3,19 do 5,88 (p < 0,01 dla wszystkich modeli), a 95% przedziały ufności nie obejmowały wartości 1, co potwierdza statystyczną istotność wyników. Krzywe Kaplana-Meiera również wykazały istotnie wyższą śmiertelność wśród pacjentów z NRS-2002 ≥ 3 w porównaniu do pacjentów bez ryzyka niedożywienia (p<0,0001).

Na podstawie wykonanych analiz można wnioskować, że: (1) gorsza samodzielność oceniana w zakresie ADL przy przyjęciu do szpitala oraz znaczna zmiana w tym zakresie w porównaniu do stanu sprzed zachorowania na COVID-19 są istotnymi predyktorami śmiertelności wewnątrzszpitalnej u starszych pacjentów, (2) gorsza samodzielność oceniana w zakresie ADL, niedożywienie ocenione w skali NRS 2002 i wzrost prokalcytoniny zwiększały ryzyko śmierci w populacji powyżej 80 roku życia oraz (3) niedożywienie oceniane w skali NRS 2002 jest modyfikowalnym i niezależnym czynnikiem ryzyka śmiertelności wewnątrzszpitalnej u pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19.

Podsumowując, określenie stanu funkcjonalnego (ADL) i żywieniowego (NRS-2002) powinna być rutynowym elementem oceny przy przyjęciu pacjenta do szpitala, ponieważ pozwala to na identyfikację osób szczególnie zagrożonych i na szybkie wdrożenie właściwego postępowania.

