

COVID-19 Pandemisinde Yaşlı Hastalar ve Komorbiditelerine Genel Bir Bakış

● Seydahmet Akın, ● Banu Büyük, ● Özcan Keskin

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi,
İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Geliş tarihi: 15.06.2020
Kabul tarihi: 09.07.2020

İletişim: Seydahmet Akın,
Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir
Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği,
İstanbul, Turkey

E-posta: seydahmeta@hotmail.com



Anahtar sözcükler:

COVID-19; komorbidite;
mortalite; pandemi; yaşlı
hastalar.



This work is licensed under a Creative Commons
Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

ÖZET

“Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)” etkeni olan “Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus 2 (SARS-CoV-2)” virüsü, 12 Haziran 2020 tarihi itibarıyla 7.637.288 onaylanmış olguya ve 424.758’den fazla ölüme neden olarak dünyayı etkisi altına almıştır. Oldukça bulaşıcı olan bu enfeksiyon %80 olguda hafif ya da asemptomatik geçse de hastaneye yatış gerektiren olgularda %3.5 oranında mortalite gelişmektedir. Henüz spesifik bir tedavisi veya aşısı yoktur. Genç popülasyonda genellikle mortalite gözlenmemektedir. Erkekler, 50 yaşın üstünde olan kişiler, hipertansiyon, kalp hastalığı, diyabet, malignite, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, böbrek hastalığı gibi komorbiditesi olan kişiler COVID-19 açısından hassas gruplardır. Nüfusu yaşlı olan ve önlem almakta yeterince hızlı davranmayan ülkelerde pandemi çok ağır kayıplara yol açmıştır. Ek hastalıklardan hipertansiyon, diyabet ve böbrek hastalığının yaşla artış gösterdiği de düşünülürse, yaşlı ve ek hastalığı olanların salgında çok daha fazla etkilenmeleri doğal bir sonuçtur. Bu gruba yönelik izolasyon önlemlerinin erken alınması primer korunmada çok önemlidir. Ülkemiz mortalite sonuçlarının şu ana kadar daha iyi olmasında yaşlı gruba ait önlemlerin erken alınmasının rolü çok büyüktür.

Genel Bilgiler

Aralık 2019 tarihinde Çin’in Wuhan eyaletinde ardı ardına pnömoni ile seyreden olgular bildirilmeye başlamıştır. Bu enfeksiyonların etkeni olarak daha önce insanlarda tespit edilmemiş yeni bir koronavirüs tanımlanmıştır. Hastalık “Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)”, virüs ise SARS koronavirüsüne yakın benzerliğinden dolayı “Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus 2 (SARS-CoV-2)” olarak isimlendirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Çin’in dışında 113 ülkede daha hastalığın görülmesi üzerine COVID-19’u 11 Mart 2020 tarihinde pandemi olarak ilan etmiştir.^[1]

Koronavirüsler uzun zamandır bilinen geniş bir virüs ailesidir. Soğuk algınlığı gibi yaygın görülen hafif enfeksiyon tablolarına sebep oldukları gibi, “(Middle East Respiratory Syndrome, (MERS))” ve “(Severe Acute Respiratory Syndrome, (SARS))” gibi daha ağır seyreden enfeksiyon tablolarıyla da prezente olabilmektedirler. SARS-CoV’un misk kedilerinden, MERS-CoV’un ise tek hörgüçlü develerden insanlara bulaştığı gösterilmiştir.^[2]

Çin’in Wuhan şehrindeki deniz ürünleri ve ıslak hayvan pazarına maruz kalan çok sayıda kişide enfeksiyonun ilk görülmesi nedeniyle, filogenetik analize dayanarak, bu virüsün muhtemelen zoonotik kökeni olduğu ileri sürülmektedir.

COVID-19’un genomik sekans analizi SARS benzeri koronavirüse çok benzediğinden rezervuar olarak iki yarasa türü ön planda düşünülmektedir.^[3]

Bulaşma

Hastalık en sık damlacık yoluyla bulaşmaktadır. Hasta bireylerin öksürme, hapşırma yoluyla ortaya saçtıkları damlacıklara diğer kişilerin temas etmesi sonrasında ellerini ağız, burun veya göz mukozasına götürmesi en sık bulaş yoludur.

Hastalığın uzun bir inkübasyon süresi vardır (%2–27 gün, medyan yaklaşık 5–6 gün). Semptomatik olguların %97.5’i yaklaşık 11.5 gün süreyle bulaştırıcıdır. Asemptomatik kişilerin ise en az %50’sinin virüsü bulaştırabilirdiği düşünülmektedir.^[3]

Toplumun tümü COVID-19’a duyarlıdır. Sağlık çalışanları etkenle karşılaşma riski açısından ilk sırada gelmektedirler. Erkekler, 50 yaş üzeri olanlar, komorbiditesi (hipertansiyon, kalp hastalığı, diyabet, malignite, kronik akciğer hastalığı, böbrek hastalığı vb.) olanlar, bakım ve rehabilitasyon merkezleri, okullar, cezaevleri ve göçmen kamplarında yaşayanlar COVID-19 açısından hassas gruplardır.^[4]

Bulgular

Genellikle genç popülasyonda olmak üzere %80 olguda hafif semptomlar görülmektedir. Hastalığının başlangıcında en sık görülen semptomlar ateş, kuru öksürük ve yorgunluktur. Diğer semptomlar ise boğaz ağrısı, baş ağrısı, balgam, hemoptizi, ishal ve nefes darlığıdır.^[5] Tat alma ve koku alma bozuklukları da sık görülür.

Yaşlı hastalarda ise boğaz ağrısı, deliryum ve açıklanamayan hipoksi, taşikardi veya taşipne gibi genellikle atipik semptomlar bulunabilir. Olguların %14'ünde kısa ve şiddetli semptomlarla birlikte akciğer tutulumu, %5'inde ise kritik hastalık tablosu gelişmektedir.

Tanı ve Laboratuvar

COVID-19 olgularının rutin doğrulaması için gerçek-zamanlı revers transkripsiyon polimeraz zincir reaksiyonu (rRT-PCR) testi kullanılmaktadır. PCR testlerinin negatif olduğu ve COVID-19 enfeksiyonu şüphesinin sürdüğü olgularda, serolojik testler tanıyı desteklese de çok yaygın kullanıma girememiştir.

Radyolojik olarak bilateral lobüler tarzda, periferik yerleşimli, yaygın yamalı buzlu cam opasiteleri COVID-19 pnömonisinin karakteristik toraks bilgisayarlı tomografi (BT) bulgusudur.

Laboratuvar tetkiklerinde ise lenfositopeni, hipalbuminemi; C-reaktif protein, interlökin-6, laktat dehidrogenaz, ferritin seviyelerinde artış, CD8 sayısında ve prokalsitonin seviyelerinde azalma gözlenebilir.^[6,7] Anjiyotensin II seviyelerinde artış sık görülmektedir. D-dimer artışı ise özellikle ventilatördeki hastalar için kötü prognoz göstergesidir.

Fatalite hızı SARS salgınında %19.6, MERS-CoV'da %34 iken, DSÖ'nün Çin Halk Cumhuriyeti'ne ait COVID-19 raporuna göre fatalite hızı %3.8 olarak bildirilmiştir.^[8] Ülkemizde 02 Mayıs 2020 tarihli Sağlık Bakanlığı verilerine göre bu hız %2.6'dır.

Yaşlı Hastalarda COVID

Hastalığın tanısında genç popülasyonda klasik semptomlar görülmesine karşın yaşlı hastalarda tanı koymak bazı güçlükler göstermektedir. Ateş COVID-19 tanısında en yaygın ve en önemli anahtar rol oynayan semptom olmasına rağmen yaşlı ve frail hastalarda ateş yanıtı belirgin olmayabilmektedir. Yine bu grupta hastalık kendini kalp yetmezliği ya da kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH)'nın alevlenmesi şeklinde gösterebilir. Demanslı yaşlı hastalarda ise semptomlar daha silik olmakta ve tanı koymak zorlaşabilmektedir.

Daha önce yaşanan SARS ve MERS salgınlarında hipertansiyon, diyabet ve böbrek yetmezliği birlikteliği olan yaşlı hastalarda yüksek mortalite oranı bildirilmiştir.^[9] İtalya ve Çin'in ilk verileri incelendiğinde yaşlı yetişkinlerin COVID-19 ile enfekte olma riski ve hastalandıklarında ölüm riskinin daha yüksek olduğu görülmektedir.^[10,11] 17 Mart 2020 tarihinde İtalyan Ulusal Sağlık Enstitüsünün bildirdiği 1625 ölüm olgusunun %96.5'ini 60 yaş ve üzeri hastalar oluşturmaktaydı, Çin'de ise bu oran yaklaşık %80.8 olarak bildirilmiştir.^[10]

Çin Verileri

Çin'den bildirilen 56 olgunun değerlendirildiği ilk çalışmalardan birinde erkeklerde ve komorbid hastalığı olanlarda hastalığın daha ağır seyrettiği gösterilmiştir. Laboratuvar testleri açısından, yaşlılarda lökosit ve nötrofil oranı gençlerden daha yüksekti ve bu durum COVID-19 virüsü ile enfekte yaşlı hastaların bakteriyel enfeksiyona yakalanma olasılığının daha yüksek olduğunu düşündürmekteydi. Yaşlı gruptaki akut solunum sıkıntısı sendromu [18 hastanın 4 (%22.22)'ü] genç ve orta yaşlı gruptakinden daha yüksek bulunmuş, akut kalp, karaciğer ve böbrek hastalıkları da genç ve orta yaşlı gruptan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.^[11]

Zhou ve arkadaşlarının^[12] Wuhan merkezli 191 olgunun verilerini bildirdikleri bir çalışmada, hastaların %48 (n=91)'inin komorbiditesinin olduğu ve en sık izlenen komorbid hastalıkların hipertansiyon (%30, n=58), diyabet (%19, n=36) ve koroner arter hastalığı (%8, n=15) olduğu izlenmiştir. Çok değişkenli regresyon analizi sonucunda ise, yatış sırasında ileri yaş olması [odds oranı (%95)=1.10 (1.03–1.17); p=0.0043], yüksek SOFA skoru [odds oranı (%95)=5.65 (2.61–12.23); p<0.0001] ve D-dimer >1 µg/mL olması [odds oranı (%95)=18.42 (2.64–128.55); p=0.0033] hastanede yatış süresince gerçekleşen ölümler ile ilişkili saptanmıştır.

Çin'den Lian ve arkadaşlarının^[10] yayınladıkları daha geniş bir çalışmada COVID-19 tanısı doğrulanmış toplam 788 hasta değerlendirilmiştir. Olguların 136'sını ortalama yaşı 68.28 +/- 7.31 yıl olan yaşlı hastalar oluşturmaktaydı. Hipertansiyon, diyabet, kalp hastalıkları ve KOAH gibi komorbiditelerin oranı genç gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti (%55.15 vs. %21.93, p<0.001). Başvuru sırasında klinik olarak daha ağır tablo yaşlı grupta genç gruptakinden anlamlı derecede yüksekti.

İtalya Verileri

Ortalama yaşam süresinin oldukça yüksek (erkeklerde 80.5, kadınlarda 84.9) olduğu İtalya'da olguların en az bir ya da daha fazla kronik hastalığı olduğu bildirilmektedir. 20 Mart 2020 tarihi itibarıyla İtalya'da ölen 3200 COVID-19 hastasının klinik özelliklerinin değerlendirildiği geniş bir çalışma yayınlanmıştır. Ateş (%76) ve dispne (%73) en sık görülen semptomlar iken öksürük (%40), ishal (%8) ve hemoptizi (%1) daha az izlenmiştir. Ölen hastaların ortalama yaşı 78.5 (median 80, minimum 31, maksimum 103) olup mortal seyreden grupta ortanca yaş, ortanca yaştan 63 olduğu hayatta kalan diğer COVID-19 hastalarından en az 15 yaş daha ileridir. Otuz yaşından daha genç olanlarda mortalite gözlenmemiştir. Tıbbi kayıtlarına ulaşılabilen 481 hasta değerlendirildiğinde en sık komorbidler; hipertansiyon (%73.8), diyabet (%33.9) ve iskemik kalp hastalığı (%30.1) olarak bildirilmiştir.^[13]

İngiltere Verileri

Uluslararası Şiddetli Akut Solunum ve Acil Enfeksiyonlar Konsorsiyumu (ISARIC) DSÖ Klinik Karakterizasyon Protokolü İngiltere (CCP-UK) Çalışması verileri İngiltere so-

nuçlarını göstermesi açısından önemlidir. Toplamda 20.133 hastanın alındığı prospektif çalışmada medyan yaş 73, erkek hasta oranı %60 olarak saptanmıştır. Mortalite oranı %26 (5165/20 133) olarak bulunmuştur. Çalışmada erkek cinsiyet, ileri yaş, obezite de dahil olmak üzere kronik komorbiditeler mortalite için bağımsız risk faktörleri olarak bildirilmiştir.

En sık görülen komorbiditeler kronik kardiyak hastalık (%31, 5469/17.702), diyabet (%21, 3650/17.599), kronik akciğer hastalığı (%18, 3128/17.634) ve kronik böbrek hastalığı (%16, 2830/17.506) olarak saptanmıştır.^[14] Mortalite oranının ve hastaların yaş ortalamasının yüksek oluşu dikkat çekicidir. Çalışma halen devam etmektedir.

Imam ve arkadaşları^[15] Haziran başında Amerika' da çok merkezli 1305 COVID-19 hastasının sonuçlarını yayınlamışlardır. Ortalama yaş 61.0 ± 16.3 olup hastaların %53.8'i erkekti. Ortalama Charlson Komorbidite İndeksi 2 (1-4) idi, hastaların %72.6'sında en az bir komorbidite vardı, hipertansiyon (%56.2) ve diyabet (%30.1) en yaygın olanıydı.

Çalışma sonucunda ileri yaş ve komorbidite indeksinin yüksek oluşunun mortalite için bağımsız risk faktörleri olduğu bildirilmiştir.

Pandemiden etkilenen diğer ülkelerin sonuçları da benzer özellikler göstermektedir.

COVID-19 ve Hipertansiyon

Çalışmalarda en sık görülen komorbid durum hipertansiyondur. Henüz hipertansiyonun COVID-19'un sonuçlarıyla ilişkili olduğuna veya anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü veya anjiyotensin reseptör blokleri kullanımının COVID-19 pandemisi sırasında zararlı olduğuna veya bu konuda faydalı olduğuna dair bir kanıt yoktur.

Hipertansiyonun yaşla artış göstermesi ve COVID-19 hastalarının yaş ortalamasının yüksek oluşu bu birlikteliği açıklar. Hastalık süresince kan basıncının kontrolü için mevcut antihipertansif tedavi sürdürülmeli ve en azından şu anda mevcut kanıtlara dayanarak herhangi bir ilaç grubu kesilmemelidir.^[16]

COVID-19 ve Diyabet

COVID-19'lu hastalarda glukoz metabolizması ve diyabetin akut komplikasyonlarının (örn. ketoasidoz) gelişimi ile ilgili az veri bulunmaktadır. Diyabetli hastalarda SARS-CoV-2 enfeksiyonuna bağlı olarak yüksek hiperglisemik hormonların, örneğin glukokortikoidlerin ve katekolaminlerin daha fazla salınması, kan glukoz seviyelerinin artmasına ve anormal glukoz değişkenliğine yol açar. Mekanizması net olarak bilinmese de diyabetiklerde immün sisteme ait bozukluklar olduğu bilinmektedir. Tip 2 diabetes mellitus tek başına veya ileri yaş, hipertansiyon ve/veya kalp damar hastalıkları ile ilişkili olarak SARS-CoV-2 replikasyonu ve daha uzun süreli proinflatuvar yanıtın yetersiz kontrolüne ve potansiyel olarak kötü sonuçlara yol açabilir.^[17]

Türkiye verilerini gösteren ayrıntılı bir çalışma henüz yayınlanmamıştır. Demirhan ve arkadaşlarının^[18] kısa süre önce

yayımlanan çalışmasında çalıştığımız pandemi hastanesinin verileri bildirilmiştir. Yatarak tedavi gören 2536 hastanın yaş ortalaması 58, yoğun bakım ünitesindeki hastaların yaş ortalaması 68 idi. Yoğun bakım ünitesinde ölen hastaların yaş ortalaması 70 bulunmuştur. Hastanemizde koronavirus kaynaklı mortalite oranı %1.9 olarak hesaplanmıştır. Diyabet, KOAH ve hipertansiyon, COVID-19 tanısı alan hastalarda en sık görülen komorbid hastalıklardı. Ortalama hastalık yaşı ve genel mortalite oranlarımızın diğer yayınlara göre nispeten daha düşük olması ülkemizde erken dönemde uygulamaya konan 65 yaş üstü gruba sokağa çıkma kısıtlamasına bağlı olabilir. İleri yaş ve komorbidite varlığının mortaliteyi artırdığını gösteren sonuçlarımız literatürle uyumluluk göstermektedir.

SONUÇ

COVID-19 pandemisi halen dünya genelinde yıkıcı etkisini sürdürmektedir. Çin'den başlayarak kısa süre içinde Avrupa'yı etkisine alan salgın sosyal ve ekonomik hayatı da önemli ölçüde etkilemiştir. Bazı ülkeler salgınla mücadelede büyük sağlık hizmeti sorunlarıyla karşılaşmışlardır. Pandemi ile ilgili önlem almakta geciken ülkelerde önemli sayıda insan hayatını kaybetmiştir. Hastalığın şu ana kadar bulunmuş spesifik bir ilacı ya da tedavi yöntemi yoktur. Pandemide en büyük kayıp yaşlı ve komorbid hastalığı olan hastalarda yaşanmıştır. İleri yaşla birlikte kardiyometabolik hastalıkların da artması, renal fonksiyonların azalması, fiziksel yetersizlikler, çoklu ilaç kullanımı, fraility, nörolojik bozukluklar ve demans pandemi esnasında bu grubu özellikle hedef haline getirmektedir. Bu nedenle yaşlı popülasyonun fraility açısından değerlendirilmesi riski belirlemek açısından önerilmektedir.^[19]

Ağır klinik seyirli hastalık, mekanik solunum desteğine ihtiyaç ve mortalite artışı en çok bu grupta yaşanmıştır. Çin deneyiminden sonra ulusal ve uluslararası kılavuzlar 50 yaş üstü COVID-19 hastalarının klinik bulgusu varsa yatırılarak tedavisini önermektedir. Düzenli olarak el yüzeylerinin yıkanması ve temizlenmesi gerekir. Tek başına maske takılması yaşlıda koruma sağlamaz. Yaşlı kişiler için primer korunmada sosyal mesafe ve mümkünse sosyal izolasyona dikkat edilmelidir. Yaşlı insanlar için sosyal izolasyonun önemli sonucu yalnızlıktır. Yalnızlık depresyona, bilişsel bozukluklara, sakatlık, kardiyovasküler hastalık ve artmış ölüme yol açar. Ülkemizde geleneksel aile yapısı nedeniyle bu sorun batı ülkelerinde olduğu kadar ağır değildir. Huzurevlerinde ve benzerlerinde yaşayan yaşlılar için daha yüksek enfeksiyon riski vardır. Ne yazık ki, bu kurumlar bir enfeksiyon inkübatörü olarak hareket edebilmektedir.^[20]

Bu pandemi bize yaşlı ve risk grubundaki hastalara yönelik önleyici tedbirlerin alınmasının mortalite üzerinde olumlu etkileri olabileceğini öğretmiştir.

Kaynaklar

1. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. Available at: <https://www.who.int/>

- dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020 Accessed Apr 12, 2020.
- Ralph R, Lew J, Zeng T, Francis M, Xue B, Roux M, et al. 2019-nCoV (Wuhan virus), a novel Coronavirus: human-to-human transmission, travel-related cases, and vaccine readiness. *J Infect Dev Ctries* 2020;14:3–17. [CrossRef]
 - Chen Y, Liu Q, Guo D. Emerging coronaviruses: Genome structure, replication, and pathogenesis. *J Med Virol* 2020;92:418–23. [CrossRef]
 - 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. [CrossRef]
 - Peeri NC, Shrestha N, Rahman MS, Zaki R, Tan Z, Bibi S, et al. The SARS, MERS and novel coronavirus (COVID-19) epidemics, the newest and biggest global health threats: what lessons have we learned? *Int J Epidemiol* 2020;49:717–26. [CrossRef]
 - Pascarella G, Strumia A, Piliago C, Bruno F, Del Buono R, Costa F, et al. COVID 19 diagnosis and management: a comprehensive review. *J Intern Med* 2020;288:192–206. [CrossRef]
 - CentersforDisease Control andPrevention. 2019-nCoV: Prevention&Treatment. 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention.html> Accessed Sep 9, 2020.
 - Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med* 2020;382:1199–207. [CrossRef]
 - Lloyd-Sherlock P, Ebrahim S, Geffen L, McKee M. Bearing the brunt of covid-19: older people in low and middle income countries. *BMJ* 2020;368:m1052. [CrossRef]
 - Lian J, Jin X, Hao S, Cai H, Zhang S, Zheng L, et al. Analysis of Epidemiological and Clinical Features in Older Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outside Wuhan. *Clin Infect Dis* 2020;71:740–7. [CrossRef]
 - Liu K, Chen Y, Lin R, Han K. Clinical features of COVID-19 in elderly patients: A comparison with young and middle-aged patients. *J Infect* 2020;80:14–8. [CrossRef]
 - Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020;395:1054–62.
 - Pili R, Petretto D.R. Longevity, ageing and wellbeing. Present and future challenges. In: Pili R, Petretto D.R, editors. Roma, Italy: Aracne; 2020 (in press).
 - Docherty AB, Harrison EM, Green CA, Hardwick HE, Pius R, Norman L, et al. Features of 20133 UK patients in hospital with covid-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: prospective observational cohort study. *BMJ* 2020;369:m1985.
 - Imam Z, Odish F, Gill I, O'Connor D, Armstrong J, Vanood A, Ibranke O, Hanna A, Ranski A, Halalau A. Older age and comorbidity are independent mortality predictors in a large cohort of 1305 COVID-19 patients in Michigan, United States. *J Intern Med*. 2020 Jun 4. doi: 10.1111/joim.13119. [Epub ahead of print]. [CrossRef]
 - Schiffirin EL, Flack JM, Ito S, Muntner P, Webb RC. Hypertension and COVID-19. *Am J Hypertens* 2020;33:373–4. [CrossRef]
 - Wang A, Zhao W, Xu Z, Gu J. Timely blood glucose management for the outbreak of 2019 novel coronavirus disease (COVID-19) is urgently needed. *Diabetes Res Clin Pract* 2020;162:108118. [CrossRef]
 - Demirhan R, Cimenoglu B, Yilmaz E. The Effects of Hospital Organization on Treatment During COVID-19 Pandemic. *SCIE* 2020;31:89–95.
 - Basic D, Shanley C. Frailty in an older inpatient population: using the clinical frailty scale to predict patient outcomes. *J Aging Health* 2015;27:670–85. [CrossRef]
 - D'Adamo H, Yoshikawa T, Ouslander JG. Coronavirus Disease 2019 in Geriatrics and Long-Term Care: The ABCDs of COVID-19. *J Am Geriatr Soc* 2020;68:912–7. [CrossRef]

Overview of Elderly Patients and Comorbidities in COVID-19 Pandemic

Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus 2 (SARS-CoV-2), the causative agent of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), is taking the globe by storm, approaching 7,637,288 confirmed cases and over 424,758 deaths as of June 12, 2020. Although this highly contagious infection is mild or asymptomatic in 80% of cases, 3.5% mortality develops in cases requiring hospitalization. There is no specific treatment or vaccine yet. Mortality is generally not observed in the young population. Men, people over the age of 50, people with comorbidity such as hypertension, heart disease, diabetes, malignancy, chronic obstructive pulmonary disease, kidney disease are sensitive groups for COVID-19. In countries where the population is old and do not be quick enough to take precautions, pandemic caused severe losses. Considering that hypertension and diabetes kidney disease increase with age, it is a natural result that the elderly and those with additional disease are affected more in the pandemic. Taking isolation precautions early for this group is very important in primary prevention. Taking the precautions early for the elderly group has an important role in improving the mortality results of our country so far.

Keywords: Comorbidity; COVID-19; elderly patients; mortality; pandemic.