

Tab. 2. Príčiny spôsobujúce 24-hodinovú mortalitu

	Skupina	n	%
1.	Oneskorená hospitalizácia	7	6,9
2.	Akútne ochorenie nezlučiteľné so životom	34	33,7
3.	Akútne ochorenie terapeuticky nezvratne dekompenzujúce preexistujúce ochorenie / ochorenia	44	43,6
4.	Terapeuticky nezvratné pokročilé chronické ochorenie / ochorenia	16	15,8
5.	Chyba pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti	0	0,0
6.	Neklasifikovateľné	0	0,0
	Spolu	101	100,0

Orgánové zlyhania (okrem srdcového) boli troch druhov (renálne, respiračné, multiorgánové), a to v 6,9 %.

Pri prvotnej **skupinovej taxonomizácii chorôb / klinických situácií spôsobujúcich M24** sa geriatra a interna zhodli v 59,4 %. Túto skupinovú klasifikáciu chorôb / klinických situácií, ktoré primárne spôsobili M24, prezentujeme v tabuľke 2.

Dĺžka hospitalizácie pacientov zosnulých do 24 hodín bola od 10 minút do 23 hodín a 15 minút, priemerne 10 hodín a 2 minúty. M24 nastali v jednotlivých časových intervaloch takto: do jednej hodiny 8-krát (7,9 % M24), v intervale 1–3 hodiny 14-krát (13,9 % M24), 4–6 hodín 17-krát (16,8 % M24), 7–12 hodín 20-krát (19,8 % M24) a 13–24 hodín 42-krát (41,6 % M24). K viac ako polovici M24 (58,4 %) teda došlo počas prvých 12 hodín hospitalizácie.

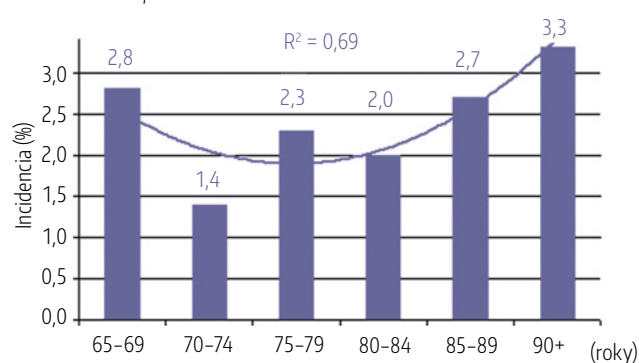
Spomedzi M24 nastalo 59,4 / 40,6 % u **doma / v zariadení dlhodoobej** starostlivosti žijúcich pacientov.

Diskusia

Včasná mortalita nie je časovo striktno vymedzená, zvyčajne sa pohybuje medzi 24 hodinami a jedným mesiacom, ale neraz sa za ňu považuje aj mortalita do 6, ba až 12 mesiacov. Publikované sú informácie o včasnej letalite seniorov s konkrétnym ochorením – napr. infarktom myokardu (2–4), chlopňovými chybami (5–6), srdcovým zlyhaním (7–8), redukovanou funkciou obličiek (9–12), cievnou mozgovou príhodou (13–15), infekciami (16–17), zlomeninou (18–20), neopláziami (21–25), delíriom (26), pričom sú často viazané na konkrétny druh vykonanej liečby. Hodnotenie M24 je pritom publikované zriedkavejšie ako pri dlhších časových intervaloch, a to aj pri akútnych chorobách.

Vzhľadom na zvyčajnú navzájom interferujúcu polymorbiditu (môže sa premietnuť napr. aj do takých integrujúcich parametrov, ako sú anémia (27) alebo koncentrácie iónov v plazme (28–30) a krehkosť seniorov je užitočné analyzovať M24 aj celkovo (31–32), bez väzby na konkrétne ochorenie. Mortalita u chirurgických a internistických pacientov má, samozrejme, iné charakteristiky (33–34).

V našej práci sme sledovali M24 u seniorov hospitalizovaných s akútnym internistickým ochorením. Spôsob prijímania na geriatriciu (bydlisko, resp. domicilný domov sociálnych služieb [DSS] v definovanom mestskom rajóne, vek ≥ 65 rokov a akútne internistické ochorenie) spolu s pomerne dlhým hodnoteným obdobím (3 roky) podľa nášho názoru vytvorili dostatočne reprezentatívny diagnosticky nebiasovaný „case-mix“ pacientov. Ponúkame teda pohľad na M24 seniorov z reálneho života. Ten je ďalej posilnený aj legitímnou úvahou, či všetci M24 pacienti nemali byť prijatí na „anesteziologicko-resuscitačné

Graf 1. Vekovo špecifická incidencia úmrtí do 24 hodín

p – pre 70 až 74-roční vs. 90 a viacroční = 0,02, inak rozdiely štatisticky nevýznamné

oddelenie [ARO]“ (bez ohľadu na to, či na geriatriciu boli prijatí na jednotku intenzívnej starostlivosti [JIS] alebo na štandardné oddelenie, čo sme osobitne nesledovali; poznamenávame, že napr. u 133 966 pacientov priemerného veku 65 rokov, ktorí boli prijatí roku 2013 na JIS vo Francúzsku, bola hospitalizačná mortalita 19 %, pričom zreteľne a kontinuálne rástla s vekom, pričom od 80-teho roku presahovala 25 %: u 80 až 84-ročných to bolo 28 % a u 90-ročných a starších 37,9 % (35); v Argentíne nemocničná mortalita u 249 pacientov starších ako 65 rokov bez neurodegeneratívnych a iných limitujúcich ochorení prijatých na JIS v rokoch 2011–2012 dosiahla 52 % (36); v celom našom súbore bola mortalita 14,9 %). Nech sa však kritériá na prijatie na ARO, resp. rozhodovanie o ňom podľa lokálnych podmienok líšia akokoľvek, naši pacienti v reálnom živote na ARO prijatí neboli.

Hospitalizácia našich pacientov bola krátka – „ešte kratšia ako 24 hodín“: priemerne trvala 10 hodín a 2 minúty, pričom temer tri pätiny M24 nastali počas prvých 12 hodín hospitalizácie. Časový faktor vidíme ako zásadný, pretože o.i. zvyšuje zložitosť diagnostickej situácie u zvyčajne polymorbídnych vážne chorých seniorov, obzvlášť s limitovanými diagnostickými možnosťami (pre schopnosť pacienta podstúpiť ich a pre ich rýchlu dostupnosť). Komplikovanosť takejto diagnostiky dokumentuje aj miera zhody, ktorú geriatricia a interna dosiahli pri prvej klasifikácii chorôb spôsobujúcich M24, keď sa skúsení klinici, už so znalosťou všetkých realizovateľných vyšetrení, zhodli pri prvom nezávislom posudzovaní len v cca dvoch tretinách prípadov.

Intuitívne sme cítili, že M24 sú pomerne časté, čo bola jedna z motívácií, aby sme na objektivizáciu tohto predpokladu uskutočnili prezentovanú štúdiu. ňou sme preukázali naozaj pomerne vysokú incidencia M24 na akútnom geriatrickom pracovisku – nastala v 2,3 % zo všetkých hospitalizovaných, resp. tvorila 15,6 % všetkých úmrtí. Zaujímavou sa ukázala vekovo špecifická incidencia M24: u 65 až 69-ročných bola pomerne vysoká (2,8 %; prakticky ako u 85 až 89-ročných), u 70 až 74-ročných klesla na polovicu (1,4 %), aby potom vekom v zásade stúpala – na maximum u 90-ročných a starších, u ktorých dosiahla 3,3 %, t. j. 2,4-násobok oproti 70 až 74-ročným. Za iný povšimnutiahodný, k veku asociovaný fenomén, považujeme zistenie, že vek M24 a neskôr zosnulých sa významne nelíši.

Početnosť príčin M24 bola vysoká ($n = 25$) a zrkadlí šírku geriatricie. Neprekvapilo nás, že ako najčastejšie príčiny M24 sa vyskytli KV ochorenia – v 39,6 %, pričom medzi piatimi najčastejšími príčinami M24 figurovali 3 KV situácie a akútny infarkt myokardu bol vôbec najčastejšou