

príčinou zo všetkých (takmer u päťtiny pacientov). Možno neprekvapuje ani druhé miesto infekčnými agens podmienených ochorení, celkom iste sme však nepredpokladali, že ich bude až tretina. Až po nich nasledovali situácie, ktoré by sme možno očakávali frekventovanejšie (napr. iné ako srdcové orgánové zlyhania), v niektorých prípadoch aj napriek tomu, že primárne patria do portfólia iných odborov, resp. na pomedzie geriatrickej / internej medicíny a iného odboru (napr. krvácania či cievne mozgové príhody).

Pretože nami zistené choroby, ktoré viedli k M24, ju môžu spôsobiť pre rôzne okolnosti, pri ktorých sa uplatní ich letálny potenciál, vykonali sme aj klasifikáciu týchto okolností. Túto klasifikáciu považujeme za možno ešte dôležitejšiu ako identifikáciu chorôb spôsobujúcich M24, pretože odráža systémový stav. Neočakávali sme, že oneskorených hospitalizácií bude len 6,9 % a terapeuticky nezvratných pokročilých chronických ochorení až 15,8 %. Geriatrické špecifikum preexistujúcej polymorbidity a frekventovanej krehkosti pacienta podčiarkuje zistenie, že viac bolo akútnych ochorení terapeuticky nezvratne dekompenzujúcich preexistujúce ochorenia (43,6 %) ako akútnych ochorení nezlučiteľných so životom (33,7 %).

Po troch kolách negociácií sa geriatrická a interna zhodli na diagnostických záveroch a ich skupinovej klasifikácii u všetkých pacientov. Aj malá početnosť literárnych zdrojov potvrdzuje, že prezentovať dáta o M24 znamená dobrovoľne „ísť s veľmi citlivou kožou na trh“. Osobitne za tejto situácie je diskutovateľné, že sme ani v jednom prípade nekonštatovali chybu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Faktom je, že geriatrická si jej nebola vedomá a ani pri jednom pacientovi ju v klasifikačnom procese nezáverovala ani interna, resp. sekcia (prepitvanosť v skupine M24 dosiahla 15,8 %, čo bolo zreteľne viac, ako medzi všetkými zosnulými na klinike).

Za limitáciu štúdie by sme mohli považovať jej nevelký rozsah (101 pacientov, ktorí skonali v priebehu prvých 24 hodín hospitalizácie). To by do istej miery mohlo ovplyvňovať analýzu príčin / skupín úmrtí a podrobnejšiu vekovo špecifickú incidenciu M24. Pre získanie kvalifikovaného názoru na incidenciu M24 však považujeme trojročné sledované obdobie s 4 361 hospitalizáciami za dostatočne spoľahlivé. Nepodarilo sa nám nájsť žiadnu publikáciu, ktorá by analyzovala M24 u porovnateľnej pacientúry.

LITERATÚRA

- Dúbrava M. Indikátory kvality zdravotnej starostlivosti v geriatrickej. *Geriatrická* 2016; 22(1): 35–40.
- Lazzeri C, Valente S, Chiostrini M, Picariello C, Gensini GF. Predictors of the early outcome in elderly patients with ST elevation myocardial infarction treated with primary angioplasty: a single center experience. *Intern Emerg Med*. 2011; 6(1): 41–46.
- Claussen PA, Abdelnoor M, Kvakkestad KM, Eritsland J, Halvorsen S. Prevalence of risk factors at presentation and early mortality in patients aged 80 years or older with ST-segment elevation myocardial infarction. *Vasc Health Risk Manag* 2014; 10: 683–689.
- Putthapiban P, Vutthikraivit W, Rattanawong P et al. Association of frailty with all-cause mortality and bleeding among elderly patients with acute myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis. *J Geriatr Cardiol* 2020; 17(5): 270–278.
- Gassa A, Borghardt JH, Maier J, et al. Effect of preoperative low serum albumin on postoperative complications and early mortality in patients undergoing transcatheter aortic valve replacement. *J Thorac Dis* 2018; 10(12): 6763–6770.
- Jung JC, Jang MJ, Hwang HY. Meta-Analysis Comparing Mitral Valve Repair Versus Replacement for Degenerative Mitral Regurgitation Across All Ages. *Am J Cardiol* 2019; 123(3): 446–453.
- Herrero-Puente P, Martín-Sánchez FJ, Fernández-Fernández M et al. Differential clinical characteristics and outcome predictors of acute heart failure in elderly patients. *Int J Cardiol*. 2012; 155(1): 81–86.
- Herrero-Puente P, Marino-Genicio R, Martín-Sánchez FJ et al. Characteristics of acute heart failure in very elderly patients – EVE study (EAHFE very elderly). *Eur J Intern Med* 2014; 25(5): 463–470.
- Otero-López MS, Martínez-Ocaña JC, Betancourt-Castellanos L, Rodríguez-Salazar E, García-García M. Two prognostic scores for early mortality and their clinical applicability in elderly patients on haemodialysis: poor predictive success in individual patients. *Nefrología* 2012; 32(2): 213–220.
- De La Higuera L, Riva E, Djade CD et al. Prognostic value of estimated glomerular filtration rate in hospitalized elderly patients. *Intern Emerg Med* 2014; 9(7): 735–747.
- Thamer M, Kaufman JS, Zhang Y, Zhang Q, Cotter DJ, Bang H. Predicting Early Death Among Elderly Dialysis Patients: Development and Validation of a Risk Score to Assist Shared Decision Making for Dialysis Initiation. *Am J Kidney Dis* 2015; 66(6): 1024–1032.
- Van Loon IN, Goto NA, Boereboom FTJ et al. Geriatric Assessment and the Relation with Mortality and Hospitalizations in Older Patients Starting Dialysis. *Nephron* 2019; 143(2): 108–119.
- Poblete RA, Zheng L, Arenas M et al. Older Age Is Not Associated with Worse Outcomes Following Decompressive Hemicraniectomy for Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2019; 28(11): 104320.

Najpríbuznejšie boli zrejme nasledovné štúdie. V Holandsku bola 48-hodinová mortalita akútne internisticky hospitalizovaných pacientov (n = 2743, ≥ 65 rokov, priemerný vek 78 rokov) 2,2 % (37). Na univerzitnom pracovisku v Barcelone v rokoch 2015–2016 počas priemerne 11,1-dňovej hospitalizácie bola mortalita 843 priemerne 84-ročných (z nich malo 20 % opatrovateľa alebo bývalo v DSS), prijatých na internistické pracovisko špecializované na polymorbiditu, 18,1 % (38) (v našom súbore to pri 9,2-dňovej hospitalizácii bolo 14,9 %). Analýza 1 526 pacientov v New Yorku, ≥ 65-ročných, ktorí boli natoľko chorí, že síce vyžadovali intenzívnu starostlivosť, ale hospitalizáciu prežili, ukázala, že ich 6-mesačná mortalita po prepustení dosiahla 27 % (39). Približne by sme sa mohli porovnať aj so SAFES analýzou sledujúcou 6-týždňovú mortalitu (bola 10,6 %, pričom v najrizikovejšej skupine dosiahla 22,4%) 1 306 akútne hospitalizovaných 75-ročných a starších seniorov priemerného veku 85 rokov, z ktorých bolo 17 % inštitucionalizovaných (40), prihladiť však musíme aj na rok hospitalizácie (v tejto analýze to boli roky 2001–2002), pretože pokrok v medicíne je veľmi rýchly a redukuje mortalitu.

Záver

Štúdium mortality môže priniesť nielen akademicky zaujímavé poznatky, ale aj klinicky aplikovateľné zistenia. Hoci náš súbor nie je mimoriadne rozsiahly, myslíme si, že z neho derivované výsledky sú do istej miery dostatočne informatívne a v našom priestore prioritné. Potvrdili sme, že M24 sú aj v podmienkach slovenskej akútnej geriatrickej pomerne časté (2,3 % zo všetkých hospitalizovaných), ich incidencia od veku 70–74 rokov po vek 90 a viac rokov vzrastá 2,4-násobne (z 1,4 na 3,3 %). Väčšina M24 nastáva už v prvých 12 hodinách hospitalizácie. Ochorenia primárne vedúce k M24 sú početné, dominovali KV patológie nasledované infekčnými ochoreniami, na ktoré by teda mala byť sústredená pozornosť pri prevencii M24 seniorov. Predpokladali sme viac oneskorených hospitalizácií, ktoré viedli k M24 (bolo ich 6,9 %). Terapeuticky nezvratné pokročilé chronické ochorenia boli príčinou M24 až v 15,8 %. Medzi príčinami M24 bolo viac akútnych ochorení terapeuticky nezvratne dekompenzujúcich preexistujúce ochorenia (43,6 %) ako akútnych ochorení nezlučiteľných so životom (33,7 %).