

SRDEČNÍ SELHÁNÍ U GERIATRICKÝCH PACIENTŮ - POHLED INTERNISTY

Z. Monhart (Znojmo)



Obsah prezentace

- role internisty v péči o geriatrického pacienta se SS
- jací jsou pacienti se SS na interním oddělení a v interní ambulanci
- přístup internistů k pacientům se SS – pozitiva a rezervy
- pohled internisty na léčbu SS u geriatrických pacientů



Role internisty v péči o geriatrického pacienta

- zpravidla lékař prvního kontaktu při akutním ošetření v nemocnici s nechirurgickými obtížemi
- odbornost hospitalizující nejvyšší počet pacientů > 65 let

Obor	Počet případů hospitalizace	Počet ošetrovacích dnů	Průměrná ošetrovací doba	Počet případů – absolutně		Počet případů – relativně		Počet lůžek	Počet lůžek na 10 000 ob.
					65+		65+		
Chirurgie	281 414	1 398 861	3,8		127 277		45,2%	6967	6,6
Gynekologie	220 710	718 738	2,6		16 141		7,3%	4452	4,2
Interna	354 535	2 319 180	5,5		249 433		70,4%	8603	8,2
Neurologie	89 813	526 240	4,9		49 807		55,5%	2638	2,5

- zpravidla lékař dispenzarizující geriatrického pacienta pro „interní“ diagnózy (kardiovaskulární, metabolické, endokrinologické, nefrologické, gastroenterologické)



Role internisty u geriatrického pacienta se SS

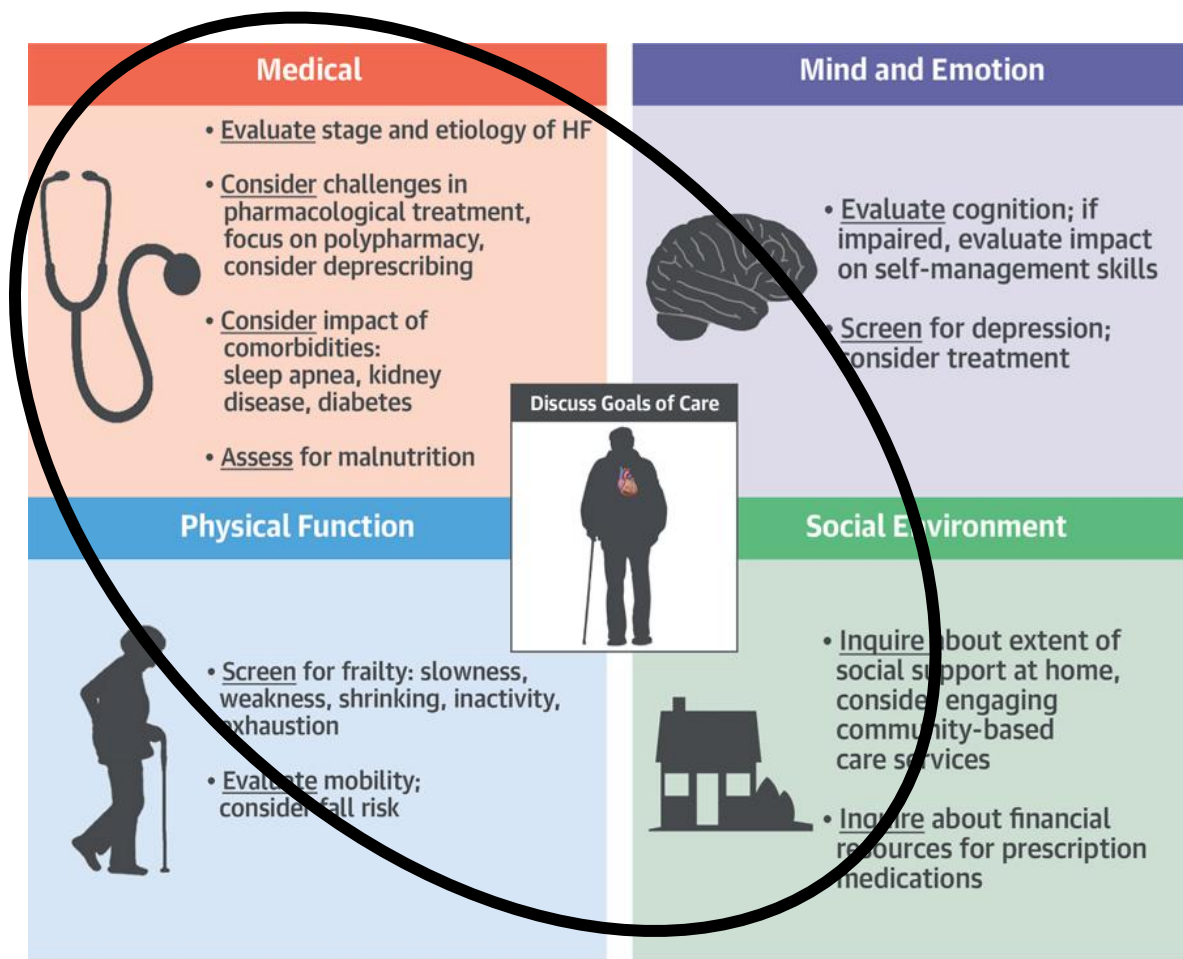
- zpravidla lékař prvního kontaktu při akutním ošetření v nemocnici s podezřením na srdeční selhání
- odbornost hospitalizující vyšší počet pacientů > 65 let než kardiologie

Obor	Počet případů hospitalizace	Počet ošetřovacích dnů	Průměrná ošetřovací doba	Počet případů – absolutně		Počet případů – relativně		Počet lůžek	Počet lůžek na 10 000 ob.
				65+	65+				
Interna	354 535	2 319 180	5,5	249 433	70,4%	8603	8,2		
Kardiologie	81 077	274 590	2,9	53 985	66,6%	1207	1,1		

- často lékař dispenzarizující geriatrického pacienta pro srdeční selhání jako jednu složku z komplexu „interní“ multimorbidity (kardiovaskulární, metabolické, nefrologické atd.)

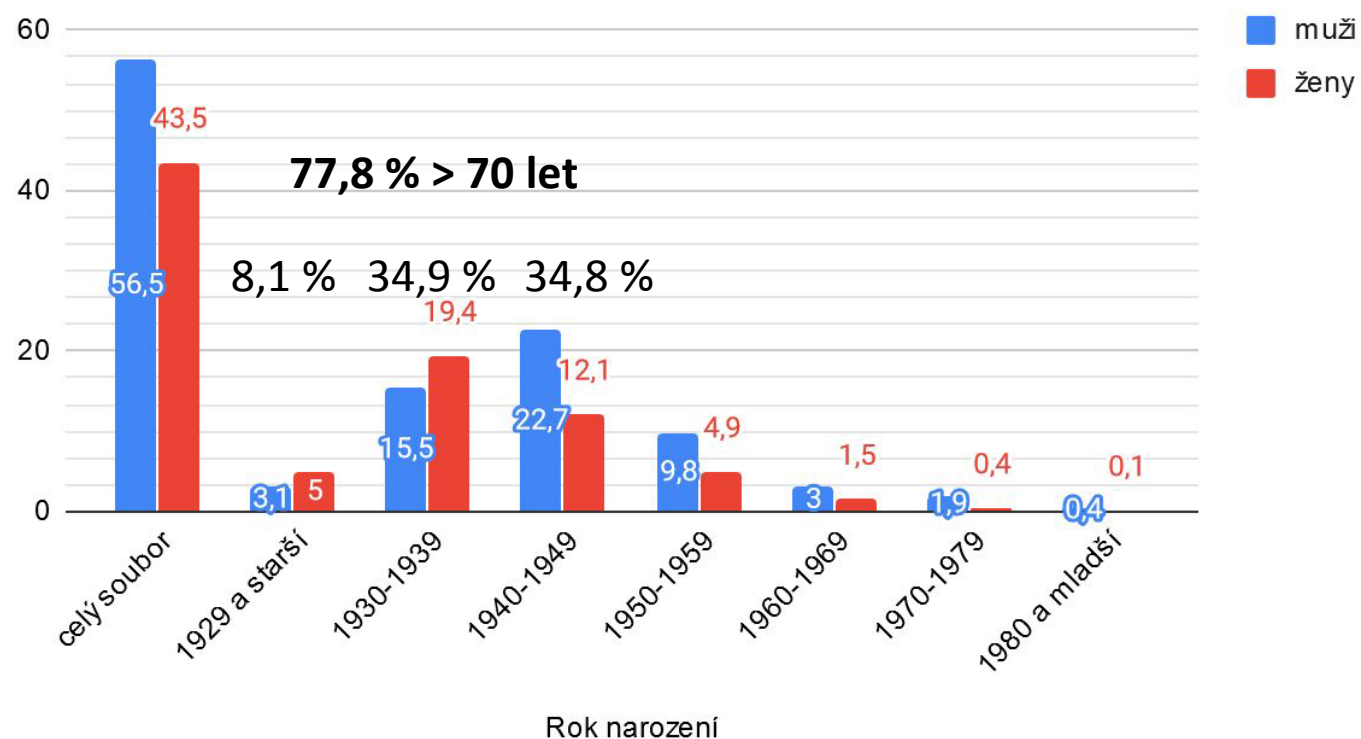


Role internisty u geriatrického pacienta se SS



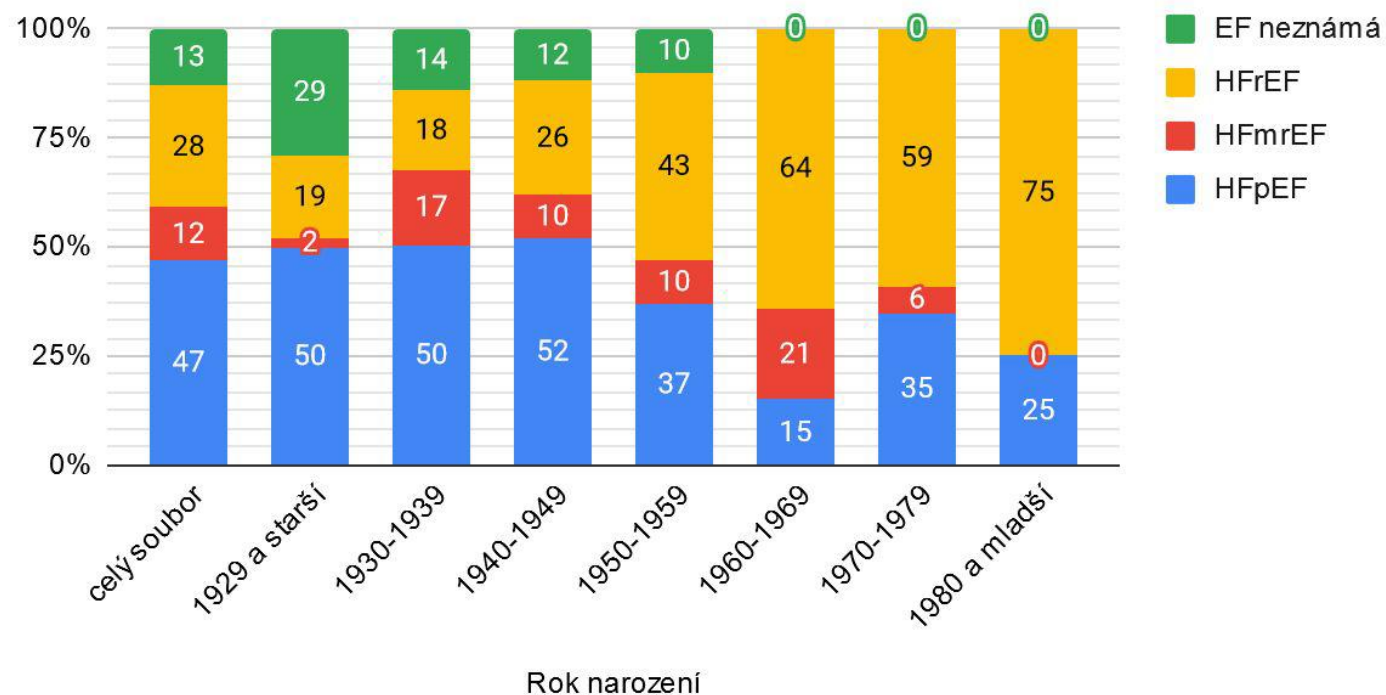
Jací jsou pacienti se SS na interním oddělení - I

Graf 1: Rozložení souboru dle věku a pohlaví (%)



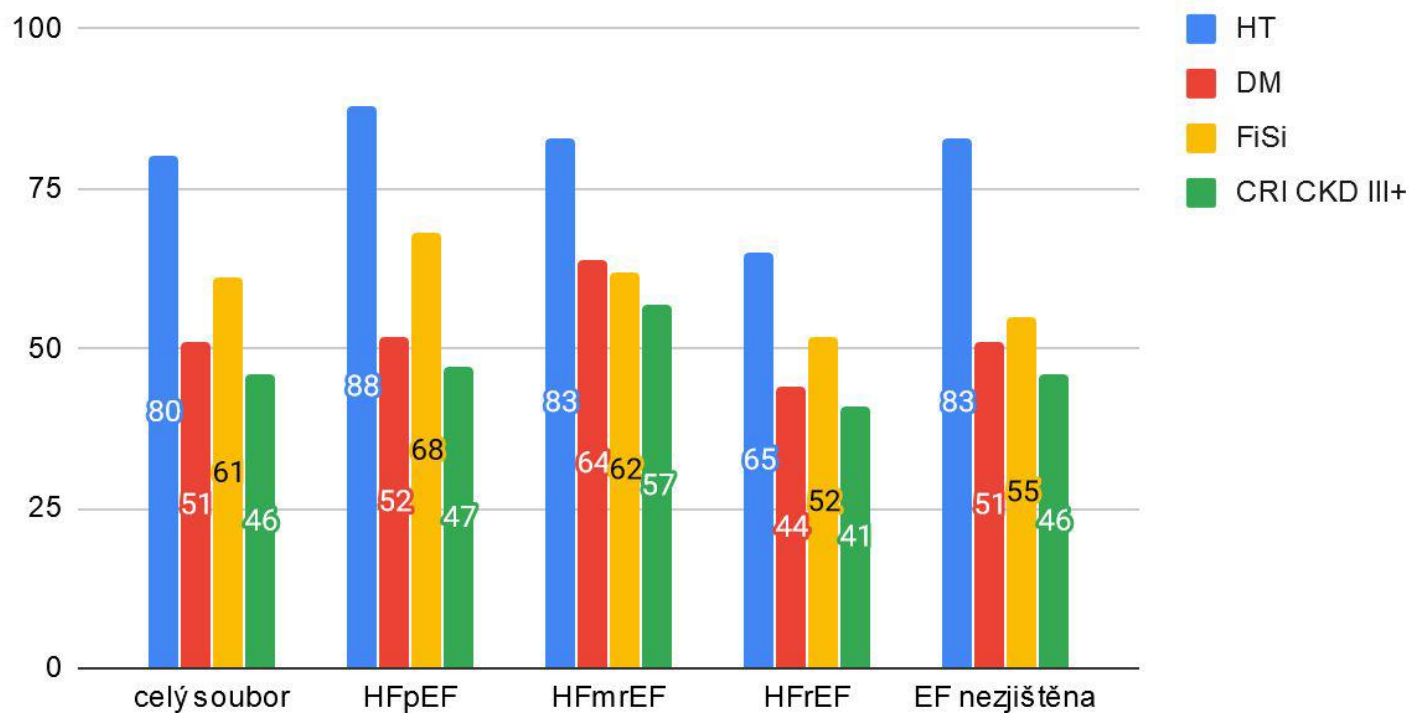
Jací jsou pacienti se SS na interním oddělení - II

Graf 2: Poměr zastoupení jednotlivých typů srdečního selhání v souboru v různých věkových kategoriích (%)



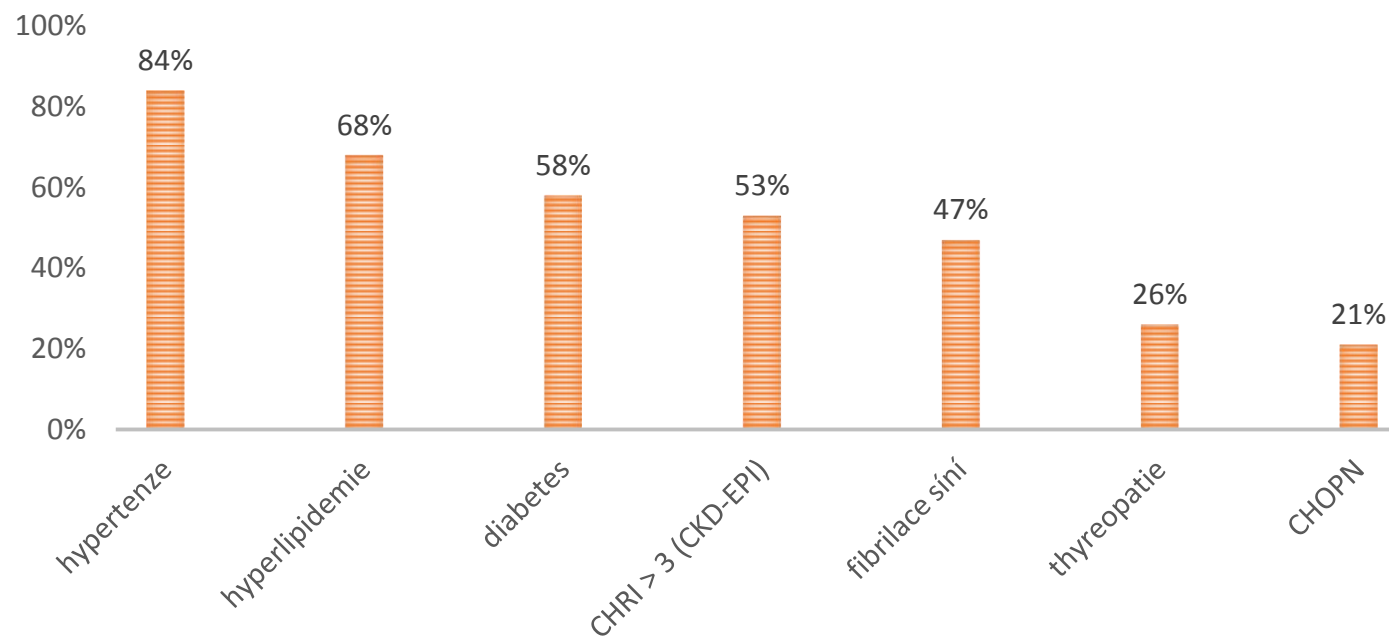
Jací jsou pacienti se SS na interním oddělení - III

Graf 4: Výskyt sledovaných komorbidit v celém souboru a u jednotlivých typů srdečního selhání (%)



Jací jsou pacienti se SS v interní ambulanci?

VÝSKYT KOMORBIDIT U PACIENTŮ SE SS NAD 75 LET



Přístup internistů k pacientům se SS - **pozitiva**

- zpravidla „multiorgánový“ pohled a znalosti
- komplexní pokrytí více odborností „all in one“
- znalost komedikace pacienta + možných interakcí
- možnost odhadu tolerance nově nasazené medikace
- schopnost řešení komplikací
- realistický pohled na prognózu pacienta
- možnost deprescribingu v indikovaných případech

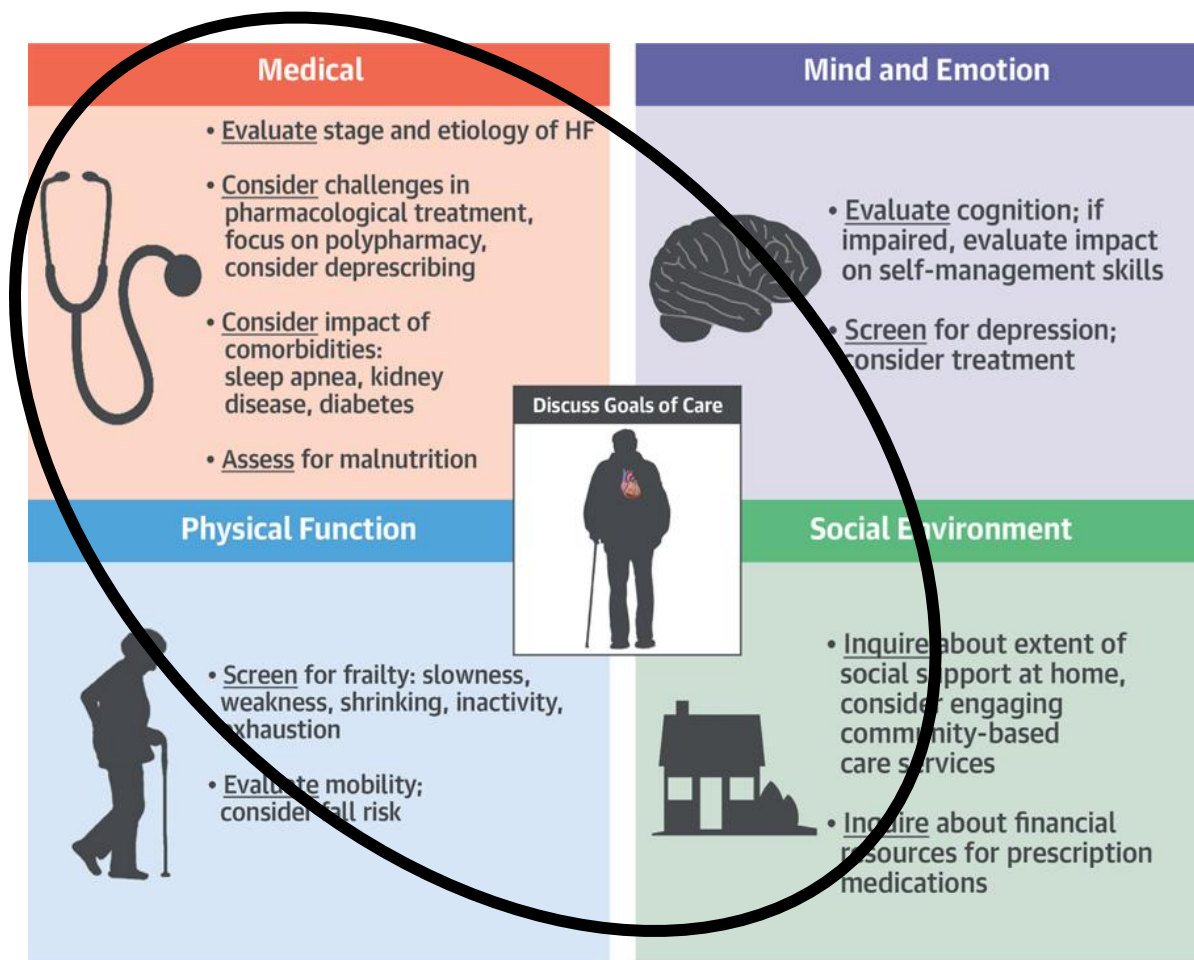


Přístup internistů k pacientům se SS - rezervy

- případná neznalost „up to date“ postupů a intervenčních terapeutických možností
- nekompletní GDMT- polyfarmacie snižuje šanci na dosažení optimální léčby
- nedůslednost nebo přehnaná opatrnost v titraci - uspokojení ze zdánlivě „stabilizovaného stavu“ – terapeutická inercie
- nedostatečná koncentrace na jednu z mnoha diagnóz
- suboptimální indikace dalších postupů - SRL, ICD, intervence u mitrální regurgitace



Role internisty u geriatrického pacienta se SS



Léčba SS u geriatrických pacientů

- **léčba podle guidelines**
- zohlednit celkový stav pacienta \neq věk
- individualizace léčby - další přítomná onemocnění
- součástí léčby je i spolupráce s rodinou – dohled nad režimovými opatřeními, dohled nad pravidelnou medikací, ev. úprava dávek
- myslet na možnou přítomnost deprese a anxiety
- stanovení adekvátních terapeutických cílů a plánu péče
- zohlednit očekávání a přání pacienta



START-STOPP

- Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment (START)

BB, ACE I

- Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions (STOPP)

ACE I nebo ARB při hyperkalémii, nebo jejich kombinace

MRA současně s další K⁺ šetřící medikací bez monitorace K⁺

digoxin



Forta – Fit for the Aged

- A - velmi prospěšné (testováno ve velkých klinických studiích u starší populace s jasně pozitivním poměrem přínosu a rizika)

ACE I, ARB, sacubitril-valsartan, substituce Fe

- B - prospěšné (důkazy o užitečnosti u starší populace, ale nevýhody ohledně účinnosti nebo vedlejších účinků)

diuretika, SGLT2 inhibitory

- C - sporné (léky s neutrálním nebo negativním poměrem přínosu a rizika u starší populace)

digoxin, spironolakton, ivabradin

- D – nedoporučené

XXXI. VÝROČNÍ SJEZD
ČESKÉ KARDIOLOGICKÉ
SPOLEČNOSTI



Deprescribing - CEASE

- **Confirm** current medicines – ověření aktuálně užívané medikace a důvodu jejich podávání
- **Estimate** risk – posouzení rizika nežádoucího účinku všech užívaných léků
- **Assess** each medicine – posouzení přínosu a rizika každého z aktuálně užívaných léků z pohledu z indikace, efektu, a terapeutických cílů
- **Sort** – stanovení pořadí užívaných léků podle jejich důležitosti pro pacienta a možnosti vysazení
- **Eliminate** – vysazení zvolené medikace s následným sledováním pacienta (zlepšení stavu, možný rebound fenomén)



Závěr

- pohled internisty na geriatrické pacienty se srdečním selháním je komplexní
- zohledňuje současně přítomnou multimorbiditu a polyfarmakoterapii
- současné pokrytí více odborností/zdravotních problémů může být výhodou i nevýhodou
- léčba podle guidelines - celkový stav pacienta není funkcí věku
- potřeba mezioborové spolupráce s kardiologem/kardiocentrem – indikace pokročilých postupů
- individualizace péče – srdeční selhání není jen medicínský problém





Děkuji za pozornost