

Geriatrický pacient na urgentním příjmu

Jana Šeblová^{1,2}

¹Urgentní příjem Oblastní nemocnice Kladno, a. s.

²Oddělení urgentního příjmu a lékařské služby první pomoci dětí FN Motol v Praze

Čas. Léč. čes. 2024; 163: 148–154

SOUHRN

Urgentní příjmy se v Česku budují až v posledních letech. Seniori jsou typickými pacienty těchto oddělení. Přístup v urgentní medicíně je založen na vyhodnocení příznaků a na stanovení priority ošetření pacienta. Přístup k pacientům vyššího věku má mnohá specifika v diagnostice i v léčbě. Triáž geriatrických pacientů se zpřesní zhodnocením kognice, škály geriatrické křehkosti a screeningových nástrojů pro posouzení přítomnosti deliria. Komplexní geriatrické hodnocení je pro časovou náročnost pro urgentní příjem nevhodné, ale je nutné zachovat jeho základní komponenty. Léčebný přístup musí být komplexní a musí obsahovat aspekty biologické, psychologické i sociální a analýzu rizik prostředí. Management úrazů seniorů vyžaduje vyhodnocení odlišných kritických hodnot vitálních funkcí oproti kritériím běžné triáže, vlivu medikace na adaptační mechanismy a rizika nízkenergetických mechanismů traumat. Léčba úrazů musí být včasná a komplexní a je nutné zajistit kontinuitu při přechodu z intenzivní do standardní péče a dále do péče rehabilitační. U pacientů v terminálním stadiu nevléčitelného onemocnění je na místě paliativní přístup.

KLÍČOVÁ SLOVA

geriatrie, urgentní medicína, urgentní příjem, křehký senior, triáž, trauma, paliativní péče

SUMMARY

Šeblová J. Geriatric patient at emergency department

Emergency departments in the Czech Republic have been established in recent years. Seniors are typical patients of these departments. Emergency medicine's approach is based on symptoms' evaluation and on deciding about the priority of the care needed. The approach to older patients is specific both in diagnostics and in therapy. The triage of geriatric patients is more accurate when we also evaluate patient's cognition, when we use geriatric frailty scales and screening tools for detection of delirium. Comprehensive geriatric evaluation is a time demanding process and thus inadequate for emergency department however we must maintain its basic components. The therapeutical approach must be complex, and it must include biological, psychological, and social aspects and environmental risk analysis. Trauma management in seniors requires evaluation of different vital function's values compared to common triage criteria, the influence of medication on adaptive mechanisms and the risk of low energy trauma mechanisms. Therapy of trauma must be timely and complex and the continuity of care between intensive and standard level and then rehabilitation must be ensured. Palliative approach is appropriate for terminally ill patients.

KEYWORDS

geriatrics, emergency medicine, emergency department, frail elderly, triage, trauma, palliative care

ÚVOD

Stárnutí populace a zvýšení počtu seniorů není jen primárně ekonomickým tématem a předmětem diskusí o důchodové reformě, ale zcela zásadním způsobem ovlivňuje poskytování zdravotní péče ve všech oborech včetně urgentní medicíny. Již delší dobu jsou nemocní vyššího věku typickými pacienty zdravotnických záchranných služeb (ZZS) i urgentních příjmů (UP) na celém světě, ve vyspělých zemích stejně jako ve středně i nízkopříjmových. Dvě odborné evropské společnosti – *European Society for Emergency Medicine* (EUSEM) a *European Geriatric Medicine Society* (EUGMS) – již v roce 2016 publikovaly Evropský vzdělávací program pro geriatrickou urgentní medicínu (*European Curriculum of Geriatric Emergency Medicine*), později *International Federation of Emergency Medicine* (IFEM) zveřejnila stanovisko o standardech péče a „bílou knihu“ doporučení ke zlepšení péče o seniory na urgentním příjmu (1–3).

Zdravotní péče je nezbytně komplexní, multioborová a interdisciplinární a zahrnuje nejen medicínské a psychologické faktory, ale i zohlednění sociálních kontextů a v mnoha případech má i spirituální rozměr. Oproti léčbě pacientů ve středním a mladším věku má mnoho specifických odlišností, týkajících se nejen rozdílné manifestace mnoha nozologic-

kých jednotek, ale i jiných cílů léčby vzhledem k preferencím individuálních nemocných. Poskytování zdravotní péče geriatrickým pacientům je skutečnou výzvou dnešní medicíny a v mnoha ohledech vyžaduje změny rutinních postupů.

Urgentní medicína je poměrně mladý lékařský obor, nejdelší historii má v USA a ve Velké Británii (v těchto zemích asi 60 let), v Česku existuje čtvrt století, nicméně byla dlouhá léta spojována spíše s přednemocniční neodkladnou péčí a teprve v posledních letech se buduje systém urgentních příjmů I. a II. typu; jejich rozvoj je však poměrně dynamický, cílový stav se dle Ministerstva zdravotnictví ČR pohybuje kolem 90 oddělení tohoto typu (4, 5).

Urgentním příjmem by měli projít všichni neobjednaní (neplánovaní) pacienti, kteří se jakýmkoliv způsobem dostanou do zdravotnického zařízení a jejich zdravotní problém je jakékoliv úrovně závažnosti – od zcela banálních až po selhání základních životních funkcí. Z tohoto důvodu je urgentní příjem členěn na úseky – bezprahová ambulance odpovídá lékařské pohotovostní službě, ambulantní část ošetřuje pacienty nižší závažnosti dle jednotlivých specializací a v úseku *emergency* jsou ošetřováni pacienti s hrozícím nebo manifestním selháním životních funkcí nebo se stavy, které vyžadují okamžitou intervenci (podezření na akutní

koronární syndrom, cévní mozkové příhody, závažnější úrazy atd.). Na vstupu tedy musí probíhat zařazení podle závažnosti, tzv. triáž (třídění). Ta určí, v kterém úseku a v jakém časovém horizontu je pacient ošetřen, a je klíčovým prvkem práce na urgentním příjmu.

Urgentní medicína na rozdíl od ostatních odborností nepracuje s diagnózami, ale s příznaky a s prioritami ošetření. Jejím úkolem je určit, kterému specialistovi, do jaké úrovně péče (centrové, intenzivní, standardní nebo ambulantní) a jak rychle pacienta předat. Spolu s praktickými lékaři patří urgentisté k tzv. generalistům – musejí znát základy všech oborů a umět vyřešit všechny stavy, další podrobnější diagnostika však stále zůstává na specialistech daného oboru. Jak zní poměrně výstižný bonmot, „urgentní medicína je nejzajímavějších 15 minut všech lékařských specializací“. Na rozdíl od praktických lékařů, kteří se dělí na všeobecné a pro děti a dorost, lékaři urgentní medicíny se musejí postarat o celé věkové spektrum pacientů, od narození až po geriatrické pacienty, musejí umět vést fyziologický porod, resuscitovat novorozence, zvládnout hromadnou dopravní nehodu a umět rozpoznat hranice marné léčby a v případě potřeby přejít na podpůrnou paliativní léčbu symptomů v závěru života. Práce v přednemocniční i nemocniční neodkladné péči se ze zcela pochopitelných důvodů nedá plánovat (4).

TRÍŽ A JEJÍ SPECIFIKA U GERIATRICKÝCH PACIENTŮ

Jak je zmíněno výše, klíčovým prvkem práce na UP je triáž. Identifikuje pacienty s okamžitou potřebou zdravotní péče a minimalizuje tím dopady u život ohrožujících a urgentních stavů. Zajišťuje adekvátní a racionální distribuci zdravotní péče s danými personálními a materiálními zdroji, zvyšuje bezpečnost poskytované péče a minimalizuje riziko závažných příhod. Samotný princip triáže pochází z válečné medicíny z dob napoleonských válek a v 60. letech 20. století. Velice záhy po vzniku urgentních příjmů začalo být třídění používáno v civilních podmínkách na nových odděleních *emergency* ve Spojených státech amerických (6, 7).

K vyšší efektivitě a snížení délky čekání i ošetření může přispět vytvoření oddělených „tras“ pro pacienty s nízkými prioritami (tedy oddělení pohotovostní služby pro méně závažné stavy od vlastního UP) nebo tzv. týmová triáž se zapojením lékaře do třídění, i když je to jinak výkon pro nelékařské zdravotnické pracovníky – v našich podmínkách pro sestry nebo zdravotnické záchranáře. Zapojení lékaře může zvýšit diagnostickou přesnost hodnocení pacientových obtíží (8, 9). V případě kritického nedostatku lůžek ve zdravotnickém zařízení se pak může použít princip „reverzní“ triáže, tedy identifikace hospitalizovaných pacientů, kteří mohou být propuštěni nebo přeloženi do zařízení následné péče, aniž by bylo vysoké riziko, že během následujících 96 hodin budou vyžadovat náročnější lékařskou péči a dojde s vysokou pravděpodobností ke zhoršení jejich zdravotního stavu (10, 11).

Existuje mnoho různých třídících systémů – od 3stupňových až po 5stupňové. K rozšířeným a validizovaným systémům triáže na urgentních příjmech patří zejména *Emergency Severity Index (ESI)* a *Manchester Triage System (MTS)*, oba 5stupňové. Některé urgentní příjmy v Česku je používají, jiné mají vlastní modifikace od 3 do 5 stupňů. Většina systémů je založena na hodnotách vitálních funkcí, vedoucím příznakem a hodnocení bolesti, případně na předpokládané potřebě zdrojů (diagnostických i léčebných), tedy zda jsou potřeba

okamžité život zachraňující úkony nebo co vše je zapotřebí k diagnostice a léčbě pacienta (12, 13).

Přes formalizované systémy triáže a jejich rutinní použití tento postup u geriatrických pacientů selhává a senioři jsou zařazováni do nižších priorit, než odpovídá skutečné závažnosti jejich zdravotního stavu, což má pochopitelně negativní dopady na výsledný *outcome* (15). Příznaky nemocí bývají ve vyšším věku modifikované, jsou zastřené dominujícími symptomy syndromu křehkosti a akutní stavy se často manifestují necharakteristickými symptomy, ke kterým patří pády, zhoršení celkového stavu, vertigo, kvalitativní i kvantitativní poruchy vědomí až projevy deliria, maskující někdy i závažné akutní nemoci jako akutní koronární syndrom, sepse a jiné. Jsme konfrontováni se sepsi bez zvýšené teploty, infarktem myokardu bez stenokardií nebo úrazovými stavy bez jasné anamnézy úrazového děje. Hodnoty vitálních funkcí u onemocnění i úrazů jsou maskovány chronickou medikací a patofyziologickou odpovědí na stresové podněty ve stáří. Mnoho nemocí se projevuje postižením „vzdáleného orgánu“, dochází ke kaskádám dějů, z nichž je viditelný třeba jen ten konečný (zlomenina krčku při pádu v důsledku hypotenze při probíhající sepsi bez teplot). Proto je důležitá pečlivá anamnéza zaměřená na průběh nynějšího onemocnění a pozornost věnovaná všem patologickým nálezům při fyzikálním vyšetření i v paraklinických vyšetřeních. I hodnocení intenzity bolesti u starších pacientů selhává pro její odlišné vnímání, v některých případech i pro neschopnost pacienta ji srozumitelně sdělit zdravotníkům (1, 14–16).

K triáži geriatrických pacientů je nezbytné znát i stratifikaci rizika s ohledem na syndrom křehkosti (*frailty*) – od jejího zhodnocení se pak odvíjí i optimální léčba konkrétního pacienta. Existují senioři (označováni za „elitní“, soběstačné, tj. plně funkční a aktivní), kteří mají adekvátní funkční rezervy a profitují z dostupných invazivních postupů moderní medicíny (angioplastika u akutních koronárních syndromů, revaskularizační léčba iktů apod.) a z centrové péče. Další skupinou jsou chroničtí polymorbidní pacienti s dekompenzací některé ze svých nemocí. Cílem jejich léčby je stabilizace a jistá subkompenzace celkového stavu, ale za cenu udržení rovnováhy – plná kompenzace vedoucího symptomu by mohla znamenat dekompenzaci jiné chronické nemoci. Optimální léčba cílí na návrat pacienta do vlastního sociálního prostřední a na zmírnění projevů nemocí. Třetí skupinou jsou „křehcí“ senioři v terminálním stavu závažného onemocnění. Pro ně je vhodná podpůrná péče zaměřená na kontrolu příznaků, bez agresivních invazivních postupů, které mají nízkou až žádnou naději na prospěch pro pacienta, jsou zbytečně zatěžující a splňují charakteristiku neúčelné marné léčby. Problémem je identifikace pacientů jednotlivých skupin a stanovení prognózy a tím i vhodného postupu (17).

Při porovnávání běžně užívaných systémů triáže nebo časného varování (*ESI*, *MTS*, *Modified Early Warning Score [MEWS]*, *VitalPac Early Warning Score [VIEWS]*) však byly tyto systémy poměrně spolehlivé pro stanovení rizika časné mortality nebo potřeby intenzivní péče; při zařazení přídatného kritéria geriatrické křehkosti se přesnost zařazení ještě zvýšila (18–20). V urgentní péči postupujeme v diagnostice podle algoritmu ABCDE (*airway, breathing, circulation, disability, exposure* = průchodnost dýchacích cest, zhodnocení ventilace, zhodnocení oběhu, orientační neurologické vyšetření a celkové sekundární vyšetření „od hlavy k patě“) tak, že pokud je ve kterémkoliv kroku identifikována život ohrožující

PŘEHLEDVÝ ČLÁNEK

porucha, ihned se řeší a pak se postupuje v algoritmu dále. V dalším kroku má být u seniorů zařazeno hodnocení křehkosti a kognice, pátráme po přítomnosti deliria a kognitivní poruch, užíváme některou ze škál hodnocení křehkosti nebo predikce rizika mortality.

- Screeningové nástroje vhodné pro urgentní příjem jsou:
- škála *Acute Presenting Older Patient* (APOP) pro predikci rizika hospitalizační mortality
 - *Clinical Frailty Scale* (CFS) pro hodnocení křehkosti
 - *Six Item Cognitive Impairment Test* (6-CIT) pro screening demence
 - *4 Assessment Test* (4-AT) – validizovaný krátký nástroj k detekci deliria (15)

Rozšíření diagnostiky o použití výše uvedených nástrojů může zlepšit identifikaci hlavních problémů a nastavit postup léčby.

KOMPLEXNÍ GERIATRICKÉ HODNOCENÍ A JEHO MODIFIKACE PRO PROSTŘEDÍ URGENTNÍ MEDICÍNY

Komplexní geriatrické hodnocení je multidimenzionální interdisciplinární diagnostický proces zaměřený na stanovení zdravotních, funkčních a psychosociálních schopností a problémů křehkých geriatrických pacientů. Cílem je vypracovat celkový plán pro jejich léčbu (15, 21). Základem je klinické vyšetření a diagnostika jednotlivých nemocí, ale obsahuje i posouzení funkčnosti, omezení, preferencí pacienta a analýzu rizik vlastního sociálního prostředí seniora. Je zaměřen na syndromy (malnutrice, snížená mobilita a soběstačnost v denních činnostech, charakter kognitivních a fatických poruch aj.), což je přístup podobný urgentní medicíně, která je charakteristická řešením symptomů. Cíle obou odborností jsou však odlišné – komplexní geriatrické hodnocení vede ke stanovení dlouhodobých cílů péče a zajišťuje individualizovanou léčbu, zatímco urgentní medicína je zaměřena na identifikaci akutního příznaku a jeho okamžitou léčbu s předáním do další adekvátní péče. Přesto je potřeba pochopit a uplatňovat komplexní přístup ke geriatrickým pacientům i v prostředí urgentních příjmů.

Komplexní posouzení je pochopitelně časově náročné, a tak se v urgentní péči zaměřujeme na jeho základní komponenty:

- medicínské (diagnostika jednotlivých nemocí a stavů)
- psychologické (přítomnost demence, deliria a deprese)
- posouzení funkční schopnosti
- hodnocení sociálních faktorů (domácí podpora, možnosti propuštění zpět domů, zajištění péče?)
- hodnocení domácího prostředí a rizik (14)

V posledně jmenovaném mohou hrát zásadní roli pracovníci zdravotnických záchranných služeb, kteří právě v domácím prostředí pacientů zasahují a jejich informace jsou nenahraditelné.

Jiní autoři (15) vytvořili akronym 5M:

- *mind* (demence, delirium, deprese)
- *mobility* (udržení či obnovení soběstačnosti a prevence pádů)
- *medications* (zhodnocení a revize chronické medikace)
- *multi-complexity* (zajištění potřeb medicínských, psychologických, sociálních, funkčních a stran prostředí)
- *matters most* (stanovení individuálních cílů léčby dle preferencí pacienta) (15)

K jejich identifikaci vede sdílené rozhodování, jehož středem je pacienta a jeho rodina. I pacient s mírnou demencí je schopen deklarovat svoje přání a preference.

ZÁKLADNÍ ZNALOSTI RACIONÁLNÍ FARMAKOTERAPIE

U seniorů se setkáváme s velkým množstvím předepsaných léků, protože mají více nemocí různých orgánových systémů. Přitom právě oni jsou k nežádoucím účinkům léků zvýšeně náchylní. Vedlejší účinky chronické medikace bývají relativně častou příčinou ošetření na urgentním příjmu – krvácivé projevy při antikoagulační léčbě, pády při užívání antihypertenziv, antiarytmik či dalších léků ovlivňujících krevní tlak, zmatenost a delirantní stavy při užívání antipsychotik, anticholinergních léků, spasmolytik, benzodiazepinů, některých analgetik, hypoglykemické stavy při užívání inzulinu i perorálních antidiabetik aj. (14, 22).

Protokoly léčby dle medicíny založené na důkazech selhávají, protože jsou odvozeny ze studií zaměřených na jednu nemoc a polymorbidní seniori nejsou do studií zařazováni. Starší pacienti často neužívají léky správně – buď pro jejich vedlejší účinky, které vnímají subjektivně nepříjemně (např. vynechávání diuretik pro častější noční močení), nebo kvůli nepochopení, jak mají léky správně užívat. Vyskytují se i tzv. preskripční kaskády, kdy nežádoucí účinek jednoho léku je mylně diagnostikován jako další nemoc a je zahájena další léčba.

U seniorů se syndromem křehkosti a s kratší předpokládanou délkou dožití by léčba neměla cílit na prevenci, ale měla by být zaměřena na kontrolu závažných příznaků. U léků, jejichž efekt se ukáže až v řádu let, je třeba pečlivě vyhodnotit poměr risk/benefit. Pro orientaci v racionální farmakoterapii jsou dostupné různé pomůcky: STOPP/START Toolkit obsahující léky nevhodné pro věkovou skupinu 65+ podle jednotlivých druhů onemocnění a naopak léky doporučené (23, 24). Podobný seznam léků obsahovala Beersova kritéria a další dokumenty (22).

ÚRAZ VE VYŠŠÍM VĚKU – SILVER TRAUMA

K mnoha úrazům se závažnými následky dochází při běžných denních činnostech (pády, popáleniny aj.). Náchylnost k úrazům je ve vyšším věku zvýšená, pády patří mezi necharakteristické příznaky, kterými se manifestuje mnoho jiných chorobných stavů. Na druhé straně je značná část seniorů aktivní, věnují se sportům, turistice, jsou účastníky dopravního provozu, někteří jsou zapojeni do pracovních činností i v důchodovém věku. Při těchto aktivitách pak stoupá i výskyt závažných úrazů (sportovní úrazy, dopravní nehody aj.).

V běžném prostředí seniora dochází k pádům v důsledku snížené pohyblivosti s nutností používání kompenzačních pomůcek, zhoršené koordinace, smyslových vad s horší orientací v prostoru a pro pomalejší reakce. Příčinou synkop s následnými různě závažnými úrazy je často i chronická medikace (antihypertenziva, diuretika, antiarytmika, neuroleptika a další skupiny léků nevhodných ve stáří). Léky mohou ovlivnit i závažnost samotného úrazu – antikoagulační léčba zvyšuje riziko intrakraniálního krvácení i při běžných pádech v domácím prostředí a kraniotrauma je vedoucí úrazovou příčinou úmrtí ve vyšších věkových kategoriích. Klinická manifestace intrakraniálního úrazového krvácení je často méně výrazná než u mladších pacientů nebo se al-

terace mentálního stavu připíše na vrub kognitivní poruše. CT vyšetření mozku a krční páteře po úrazech nižší intenzity by se mělo využívat u seniorů rutinně (14, 26).

Typickým úrazem seniorů jsou fraktury krčku femuru. O výsledném funkčním stavu nerozhoduje ani tak charakter úrazu samotného, ale výchozí homeostáza organismu (svalová síla, zdravotní stav a komorbidity, deprese, kognitivní poruchy). Přístup musí být multifaktoriální; součástí má být identifikace rizik běžných aktivit ve vlastním sociálním prostředí pacienta a intervence v rámci sekundární prevence pádů (ovlivnění rizika ortostatické hypotenze, kompenzace smyslových vad vhodnými pomůckami, léčba poruch rovnováhy a závratí, zajištění pokud možno bezpečného prostředí, redukce nevhodné medikace aj.) (14).

Pro závažné úrazy je v Česku systém traumatologické centrové péče a jsou stanovena kritéria triáže pro přímý transport z terénu do traumacentra. ZZS zhodnotí anatomická poranění, fyziologické funkce a vysokoenergetický mechanismus úrazu. Pokud je pozitivní jakákoliv položka v některé z těchto 3 kategorií, ZZS transportuje pacienty se závažným úrazem přímo na specializované pracoviště. Pomocným kritériem je věk (< 6 a > 60 let) a závažné komorbidity, zejména kardiovaskulární (viz rámeček) (26). Přesto bývají poranění seniori zařazeni do nižší priority, a proto i neadekvátně léčeni. Mají několikanásobně vyšší mortalitu než osoby z mladších věkových skupin, a to i při méně závažných úrazech (1).

Některé zahraniční systémy mají modifikovaná kritéria pro aktivaci kompletního traumatologického týmu v nemocnici pro pacienty starší 65 let, protože u seniorů traumatologická triážní kritéria selhávají stejně jako triáž vstupu na urgentní příjem. Modifikace úrazové triáže pro pacienty starší 65 let věku zahrnuje:

- hodnoty vitálních funkcí – fyziologická kritéria (systolický TK < 110 mmHg, tepová frekvence > 100/min., dechová frekvence > 20/min., hodnota GCS /Glasgow Coma Scale/ < 15, i když je to výchozí stav pacienta, např. při kognitivní poruše, antikoagulační léčbě v chronické medikaci);
- mechanismus poranění (jakákoliv dopravní nehoda, pád ze schodů z jakékoliv výšky, pád ze stoje, je-li spojen s jakýmkoliv anatomickým poraněním);
- anatomická poranění (viditelné poranění hlavy nebo podezření na intrakraniální poranění, podezření na trauma krční páteře, tupé nebo pronikající poranění trupu, otok/deformita končetin, poranění ≥ 2 tělesných oblastí).

Při hodnocení vitálních funkcí je důležitý spíše jejich trend než konkrétní hodnoty. Místo používání krevního tlaku je nutné se zaměřit na klinické známky hypoperfuze (kapilární návrat, zmatenost, zvýšenou dechovou frekvenci ap.). Při hodnocení vitálních funkcí je třeba zohlednit i vliv chronické medikace (antihypertenziva, beta-blokátory apod.). Ve zdravotnickém zařízení posuzujeme možný šokový stav i z laboratorních hodnot (koncentrace laktátu, deficit bázi) a z jejich dynamiky (25).

Odpověď seniora na trauma modifikují snížené fyziologické rezervy (a tím i schopnost reakce na vnější inzult) a kompenzace, komorbidity, osteoporóza a vliv chronické medikace. Přežití a výsledný funkční stav seniora po závažném úrazu ovlivňuje více faktorů. Patří k nim i věk, ale není nejdůležitější, větší vliv má přítomnost, či nepřítomnost závažných komorbidit a s nimi spojená chronická medikace. Zásadním faktorem je samozřejmě závažnost a konkrétní typ poranění. Správný management, tedy primární ošetření na

TRÍŽ OHROŽENÍ ŽIVOTNÍCH FUNKCÍ

Identifikuje na místě úrazu pacienty vystavené energii ekvivalentní nárazu v rychlosti ≥ 35 km/hod. Až 90 % pacientů se zraněním klasifikovaným v *Injury Severity Score* > 15 bylo takové energii vystaveno a jejich riziko brzkého ohrožení některé ze životních funkcí ≥ 10 %. Tito pacienti splňují kritéria pro primární směřování do traumacentra.

Pozitivita:

Stačí pozitivní 1 položka v alespoň 1 skupině „F“ nebo „A“ nebo „M“. Skupina „P“ obsahuje pomocné faktory.

F. Fyziologické ukazatele:

1. GCS < 13
2. sTK < 90 mmHg
3. DF < 10 nebo > 29/
4. přetrvávající úrazová paréza/plegie

A. Anatomická poranění:

1. pronikající kraniocerebrální poranění
2. nestabilní hrudní stěna
3. pronikající hrudní poranění
4. pronikající břišní poranění
5. nestabilní pánevní kruh
6. zlomeniny ≥ 2 dlouhých kostí (humerus, femur, tibie)

M. Mechanismus poranění:

1. pád z výše > 6 m
2. přejetí vozidlem
3. sražení vozidlem rychlostí > 35 km/hod
4. katapultáž z vozidla
5. zaklínění ve vozidle
6. smrt spolujezdce
7. zavalení těžkými předměty

P. Pomocná kritéria:

1. věk < 6 let
2. věk > 60 let
3. komorbidita kardiopulmonální
4. vliv omamných a psychotropních látek

Zdroj: Věstník MZ ČR 2015 (26)

místě úrazu a rychlý transport do adekvátního zdravotnického zařízení s maximální možnou komprimací časové osy v přednemocniční fázi je pro výsledek léčby zcela klíčový, pacient by měl být v traumacentru ideálně do 60 minut od vzniku úrazu (25).

Management léčby úrazu je založen na stejných principech jako u kteréhokoliv jiného pacienta se závažným úrazem, je pouze nutné zohlednit obecná specifika léčby geriatrických pacientů. Při léčbě šokových stavů je nutná volumoterapie, ale hodnoty cílového systolického tlaku doporučené pro pacienty středního věku nejsou pro seniory přiměřené a vedly by k vysoké mortalitě. Je třeba postupovat individuálně a sledovat výskyt klinických i laboratorních známek hypoperfuze. Volumoterapie má být spíše restriktivní, velké objemy mohou zapříčinit diluční koagulopatii

PŘEHLEDOVÝ ČLÁNEK

nebo mohou vést k projevům srdečního selhání při přetížení tekutinami. Při přetrvávající hypotenzi se doporučuje včas použít sympatomimetika. Lékem první volby je noradrenalin; pokud není odezva na správný management hypotenze a echokardiograficky je potvrzena dysfunkce myokardu, je volbou dobutamin. Pokud screening prokáže koagulopatii (může být zvýrazněná i chronickou antiagregační a anti-koagulační léčbou a hypotermií), je nutná co nejčasnější korekce (27).

Dalšími důležitými prvky léčby traumatu jsou účinná analgetika a zajištění normotermie, neboť hypotermie seniory ohrožuje daleko více než mladší pacienty (horší cévní regulace, nižší schopnost vytvořit teplo v důsledku svalové atrofie aj.). Po zvládnutí akutní fáze je nutné zajistit kvalitní péči i po překladech na standardní oddělení a pak i dlouhodobou rehabilitaci s individuálním stanovením jejích cílů. Rekonvalescence a případný návrat na stejnou úroveň funkčnosti jako před úrazem jsou u seniorů obtížnější a zdlouhavější, často je mobilita a schopnost samostatného života po zotavení z úrazu snížena.

TÝRÁNÍ A ZANEDBÁVÁNÍ SENIORŮ

Stejně jako děti i seniři jsou zranitelnou a často i znevýhodněnou skupinou kvůli ztrátě soběstačnosti a může se jich týkat domácí násilí. Domácí násilí je typicky skryté, mimo společenskou kontrolu a velice těžko se odhaluje. U seniorů je neschopnost řešit problém vlastními silami způsobená závislostí na pečující osobě, horším zdravotním stavem, ekonomickými faktory, kognitivním deficitem a v neposlední řadě i studem a pocitem viny, pokud jsou trýznitelé děti nebo vnoučata. O výskytu domácího násilí a zanedbávání seniorů přesná data nemáme, odhady se pohybují kolem 10 %, podle WHO dokonce až kolem 15 % (28). Může se odehrávat kdekoliv – v domácím prostředí, v ústavní péči, při hospitalizaci, v pečovatelských domech či při poskytování terénní komunitní péči – a pečující osobou v jakékoliv roli (člen rodiny, profesionální pečovatel či zdravotník, soused, dobrovolník aj.), ale až 70 % se odehrává v rodinách. K zanedbávání nebo agresí může přispět i náročnost péče o seniora například s demencí, a z toho plynoucí přetížení pečujících (21, 28).

Formy násilí a zanedbávání seniorů jsou:

- Fyzické: Známky poranění různého data, na rozdíl od náhodných úrazů jsou zranění spíše na rukou a horní části těla a na obličej. Může mít i formu odepírání jídla či léků nebo naopak podávání léků nepředepsaných.
- Psychologické a emocionální: Výchružky, ponižování, ničení osobních věcí, snižování důstojnosti seniora. Vede k úzkosti, stresu, depresím.
- Ekonomické a materiální: Zabavení důchodu, tlak na nevýhodné převody majetku, vyžadování úplatků za péči, zneužívání opatrovnictví u osob s omezenou způsobilostí k právním úkonům.
- Sexuální násilí a obtěžování: Méně časté, ale závažné, může se vyskytovat i mezi klienty v pečovatelských domech.
- Zanedbávání: Nedostatečná péče a odpírání potřeb seniora, sociální izolace, nedostatečná strava a hydratace, zanedbání hygieny. Vede k malnutrici, dehydrataci, dekubitům, bérčovým vředům, závažným infekcím až sepsím a může končit i smrtí (21, 28, 29).

Jako všechny formy domácího násilí má závažné zdravotní dopady a snižuje kvalitu života seniorů. Mortalita může být až 3× vyšší ve srovnání populací, které se týráni netýká, hospitalizace a institucionalizace péče jsou častější. I finanční náklady jsou vyšší (28).

Personál urgentních příjmů by měl být obeznámen s problematikou týráni a zanedbávání seniorů, protože právě tato oddělení jsou častou destinací při akutním stavu¹. Řešení je pochopitelně interdisciplinární. Musí zahrnovat více lékařských specializací, nelékařský personál, terénní komunitní sestry i sociální pracovníky, někdy je potřeba i podpora přetížené rodiny. Zdravotníci i pečovatelé v ústavních službách by měli být školeni v prevenci týráni a zanedbávání, měly by být zavedené programy prevence přetížení a vyhoření a supervize (21, 29).

PÉČE V ZÁVĚRU ŽIVOTA - PALIATIVNÍ PÉČE V PODMÍNKÁCH URGENTNÍ MEDICÍNY

Paliativní péče neznamená rezignaci na léčbu, naopak splňuje požadavky na komplexní přístup zaměřený na komfort pacienta a naplnění všech jeho/jejích potřeb, od biologických, psychologických až po sociální a duchovní. Cílem paliativní péče je zvýšení kvality života v jeho samém závěru a zachování důstojnosti pacienta. Je indikovaná tam, kde již není naděje na zvrát nemoci prostředky intenzivní medicíny a agresivní léčbou, ale může nějakou dobu probíhat souběžně s léčbou kurativní. Zdaleka se netýká jen onkologických pacientů a tlášení bolesti, může jít o terminální stav jakéhokoliv chronického onemocnění, zejména kardiovaskulárního nebo plicního.

Již v roce 2010 vydala Česká lékařská komora doporučení představenstva k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na paliativní u pacientů v terminálním stadiu. Základní premisou je, že život člověka je konečný a nepřiměřená intenzivní péče tam, kde je stav pacienta vyústěním závažné neléčitelné choroby, splňuje kritéria marné a neúčelné léčby, porušuje důstojnost pacienta a není etická (30). Existují i oborová doporučení pro prostředí urgentní medicíny, na evropské půdě vypracované etickým výborem EUSEM (31) a české, ve spolupráci vypracované ve spolupráci Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP a České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP (32).

Paliativní péče se s náplní urgentní medicíny prolíná poměrně často, byť je v prostředí urgentní medicíny poskytováno řešení situace „tady a teď“ a paliace není poskytována v celém rozsahu. Pacienti a jejich rodiny se na zdravotnické záchranné služby a urgentní příjmy obracejí s příznaky, které je zaskočí nebo které považují za naléhavé. Kromě eskalace bolesti (průlomová bolest) je to většinou dušnost, slabost, nechutenství, snížený příjem potravy a tekutin, opakované zvracení a celkové zhoršení stavu. Cílem paliativního přístupu je kontrola symptomů a nabídka možnosti, jak situaci řešit s ohledem na přání pacienta. Princip sdíleného rozhodování zahrnuje všechny strany – především pacienta, ale i jeho blízké a zdravotníky. Je shoda na tom, že péči o paliativního pacienta by měl na urgentním příjmu převzít nejzkušenější lékař ve směně, nejen kvůli kompetencím, ale i pro znalost odlišných postupů a cílů léčby. Je-li nutné rozhodnout o zastropování péče, nemělo by to být rozhodnutí

¹Kdo se hodnověrným způsobem dozví, že jiný připravuje, páchá nebo spáchal trestný čin týráni svěřené osoby (§ 198 trestního zákoníku) a nepřekazí nebo neoznámí to podle §§ 367 a 368 tr. zákoníku, bude potrestán odnětím svobody až na 3 léta.

jednoho jediného lékaře, ale pokud možno multidisciplinárního týmu. V nemocnicích, kde je dostupný paliativní tým, je optimálním řešením jeho aktivace ihned po příjezdu pacienta. V zahraniční existuje i pozice klinického etika pro konzultace v případech nejistoty.

Základem je otevřená a empatická komunikace s pacientem i rodinou, zmapování, co vše o nemoci vědí a jak tomu rozumějí. Samo rušné prostředí urgentních příjmů a nárazový charakter práce však nenabízejí ideální podmínky. Přesto základy citlivé komunikace a zjištění preferencí pacienta by mělo patřit k základním dovednostem zdravotníků urgentních příjmů. Pokud si pacient nebo pacientka přejí návrat do domácí péče, je vhodné předat rodině kontakty na dostupné podpůrné služby v daném regionu a vysvětlit základy péče v domácím prostředí (31–33).

ZÁVĚR

Senioři tvoří značný podíl pacientů urgentních příjmů a vzhledem k demografickým trendům, ale i díky kvalitní zdravotní péči se jejich počet bude ještě zvyšovat. Zatímco úkoly lékaře urgentního příjmu jsou bez ohledu na věk tožné – stanovit naléhavost ošetření pacienta, stabilizovat stav zejména s ohledem na vitální funkce, určit základní diagnózu a předat ho do adekvátní úrovně péče – prostředky vedoucí k tomuto cíli jsou u geriatrických pacientů odlišné. Zvyšuje to nároky na vzdělání a dovednosti ve vztahu k pacientům vyššího věku. Z medicínského pohledu musí být pro častý souběh mnoha chronických onemocnění přístup komplexní. Je však nezbytné pamatovat i na psychologické, sociální a někdy i duchovní aspekty péče, je třeba spolupracovat s rodinou a dalšími formálními nebo neformálními pečovateli. Základní znalosti v oblasti geriatrické urgentní medicíny musejí mít nejen lékaři, ale i další zdravotníci podílející se na akutní a urgentní péči o populaci seniorů.

Čestné prohlášení

Autorka práce prohlašuje, že v souvislosti s tématem, vznikem a publikací tohoto článku není ve střetu zájmů a vznik ani publikace článku nebyly podpořeny žádnou farmaceutickou firmou.

Seznam použitých zkratk

4-AT	4 Assessment Test
6-CIT	Six Item Cognitive Impairment Test
APOP	acute presenting older patient
CFS	Clinical Frailty Scale
GCS	Glasgow Coma Scale
ESI	Emergency Severity Index
EUGMS	European Geriatric Medicine Society
EUSEM	European Society for Emergency Medicine
IFEM	International Federation of Emergency Medicine
MEWS	Modified Early Warning Score
MTS	Manchester Triage System
VIEW5	VitalPac Early Warning Score
ZZS	zdravotnická záchranná služba

Literatura

1. European Curriculum of Geriatric Emergency Medicine (ECGEM). *European Task Force on Geriatric Emergency Medicine*, 2016. Dostupné na: www.eusem.org/images/European_Curriculum_of_Geriatric_EM_Apr16.pdf
2. White paper on the care of older people with acute illness and injury in the emergency department. *International Federation of Emergency Medicine (IFEM) – Geriatric Emergency Medicine Special Interest Group*, 2020.

Dostupné na: <https://assets.nationbuilder.com/ifem/pages/284/attachments/original/1650665462/IFEM-White-Paper-on-the-Care-of-Older-People-with-Acute-Illness-and-Injury-in-the-Emergency-Department-December-2020.pdf?1650665462>

3. Statement on minimum standards for the care of older people in emergency departments. *International Federation of Emergency Medicine (IFEM) – Geriatric Emergency Medicine Special Interest Group*, 2018. Dostupné na: https://assets.nationbuilder.com/ifem/pages/289/attachments/original/1650678184/IFEM-Min-Stnds-for-Care-of-Older-People_Final.pdf?1650678184
4. Šeblová J. Urgentní medicína jako svěbytná lékařská specializace. In: Šeblová J, Knor J a kol. Urgentní medicína v klinické praxi lékaře (2., doplněné a aktualizované vyd.). *Grada*, Praha, 2018: 15–26.
5. Metodický pokyn pro zřízení a vedení urgentních příjmů poskytovateli akutní lůžkové péče v ČR. *Věstník MZ ČR* 2020; 9: 152–160.
6. Weinerman ER, Rutzen R, Pearson D. Effects of medical "triage" in hospital emergency service. *Public Health Rep* 1965; 80: 389–399.
7. Polák M. Třídění pacientů na oddělení emergency aneb návrh, jak by to mohlo vypadat. *Mladá fronta*, Praha, 2018.
8. Oredsson S, Jonsson H, Rognes J et al. A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2011; 19: 2–9
9. Fry M, Bur G. Review of the triage literature: past, present, future? *Austr Emerg Nurs J* 2002, 5: 33–38.
10. Pollaris G, Sabbe M. Reverse triage: more than just another method. *Eur J Emerg Med* 2016; 23: 240–247.
11. De Bondt F, Pollaris G, Sabbe M. Can a reverse triage clinical decision support tool create sufficient surge capacity and reduce emergency department crowding? *Eur J Emerg Med* 2022; 29: 16–17.
12. Šeblová J, Rokošová L, Dissou J. Triáž na dětském urgentním příjmu. *Urgent Med* 2021; 24: 7–15.
13. Rokošová L. Význam triáže na dětském urgentním příjmu. *České vysoké učení technické v Praze*, 2021.
14. Nickel Ch, Bellou A, Conroy S (eds.). *Geriatric Emergency Medicine*. Springer, Basel, 2018.
15. Lucke JA, Mooijaart SP, Heeren P et al. Providing care for older adults in the Emergency Department: expert clinical recommendations from the European Task Force on Geriatric Emergency Medicine. *Eur Geriatr Med* 2022; 13: 309–317.
16. Woodford H, George J. Acute medicine in the frail elderly. *CRC Press*, London, 2013.
17. Šeblová J, Topinková E. Geriatrie a urgentní medicína – opravdu potřebujeme věkové specifické standardy? *Geriatric a gerontologie* 2022; 11: 5–6.
18. Kemp K, Alakare J, Kätkä M et al. Accuracy of Emergency Severity Index in older adults. *Eur J Emerg Med* 2022; 29: 204–209.
19. Dundar ZD, Ergin M, Karamercan MA et al. Modified Early Warning Score and VitalPac Early Warning Score in geriatric patients admitted to emergency department. *Eur J Emerg Med* 2016; 23: 406–412.
20. Blomaard LC. Geriatric screening, triage urgency, and 30-day mortality in older emergency department patients. *J Am Geriatr Soc* 2020; 68: 1755–1762.
21. Kalvach Z, Zadák Z, Jiráček R a kol. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. *Grada*, Praha 2008: 248–262.
22. Holmerová I, Baumanová M, Staňková K a kol. Specifické aspekty péče o starší pacienty. *Urgentní medicína* 2014; 17: 20–26.
23. O'Mahony, Cherubini A, Guiteras AR et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. *Eur Geriatr Med* 2023; 14: 625–632.
24. Topinková E, Fialová D. Nová verze STOPP/START kritérií jako vhodný nástroj preskribce u starších pacientů. *Vnitřní lékařství* 2023; 69: 516–524.
25. Doleček M. Závažné úrazy u pacientů vyššího věku. In: Šeblová J, Knor J a kol. Urgentní medicína v klinické praxi lékaře (2., doplněné a aktualizované vyd.). *Grada*, Praha, 2018: 424–437.
26. Centra vysoce specializované traumatologické péče a Centra vysoce specializované péče o pacienty s popáleninami. *Věstník MZ ČR* 2015; 15: 1–20. Dostupné na: <https://mzd.gov.cz/vestnik/vestnik-c-15-2015>
27. Rossaint R, Afshari A, Bouillon B et al. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: sixth edition. *Crit Care* 2023; 27: 80.
28. Domestic abuse and violence – recommendations for European emergency departments. *European Society for Emergency Medicine (EUSEM) – Ethics Committee*, 2018. Dostupné na: https://eusem.org/images/Guidance_for_Domestic_Abuse_Violence_in_the_ED-Final.pdf

PŘEHLEDOVÝ ČLÁNEK

29. Nickel CH, Nissen SK. Still under our radar: elder mistreatment. *Eur J Emerg Med* 2022; 29: 97–98.

30. Doporučení představenstva ČLK 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. *Česká lékařská komora*, 2010. Dostupné na: www.lkcr.cz/doporuceni-predstavenstev-clk-227.html

31. European recommendations for end-of-life care for adults in departments of emergency medicine. *European Society for Emergency Medicine (EUSEM) – Ethics Committee*, 2017. Dostupné na: <https://eusem.org/wp-content/uploads/2017/10/EUSEM-Recommendations-End-of-life-care-in-EDs-September2017.pdf>

32. Uhlíř M, Šeblová J. Konsenzuální doporučení pro péči o pacienty v terminálním stavu v podmínkách urgentní medicíny. *Paliativní medicína* 2022; 3: 3–7; *Urgentní medicína* 2022; 25: 27–30. Dostupné též na: <https://urgmed.cz/wp-content/uploads/2022/09/Konsenzualni-doporuceni-pro-peci-o-pacienty-v-terminalnim-stavu-v-podminkach-UM-verze-9.cleaned.pdf>

33. Šeblová J. Paliativní péče na urgentním příjmu. In: Šeblová J, Matějka J a kol. *Etika urgentní medicíny z pohledu každodenní praxe*. Grada, Praha, 2023: 72–78.




ADRESA PRO KORESPONDENCI:

MUDr. Mgr. Jana Šeblová, Ph.D.
Fráni Šrámka 1938/25, 150 00 Praha 5
e-mail: seblova.jana@gmail.com
Tel.: 724 568 877

pro⁺Lékaře.cz
největší informační zdroj pro lékaře



Přináší současné poznatky z medicíny
a celoživotní vzdělávání

-  Kreditované on-line kurzy ČLK a SLK
-  Více než 60 vědeckých časopisů včetně archivu
-  Specializované tematické zpravodaje
– žádné informace Vám neuniknou!



www.prolekare.cz/registrace

REGISTRACE ZDARMA