



Losy pacjentów po wypisie z OIT

Piotr Knapik

Oddział Kliniczny Kardiologii i Intensywnej Terapii
Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu

Jaki sens ma to co robimy?









**Warto wiedzieć co się dzieje
z naszymi pacjentami po wypisie.**

**Ta wiedza jest bardzo ważna
w planowaniu strategii leczenia
i wyborze daty wypisu chorego!**

Wyniki leczenia

- śmiertelność
- sprawność funkcjonowania po wypisie
- jakość życia

Śmiertelność

- ogólny wskaźnik funkcjonowania OIT, którego nie można interpretować w izolacji
- zależy od takich czynników jak: rozpoznanie, ciężkość choroby, schorzenia towarzyszące, wiek, czy nawet obowiązująca w danym OIT polityka dotycząca przyjęć i wypisów
- **leczenie pacjentów, którzy nie przeżywają kosztuje 2 razy więcej niż leczenie tych, którzy przeżywają**

Na śmiertelność wpływa:

1. **fizjologiczna rezerwa** (brak chorób przewlekłych, stan immunologiczny, wiek biologiczny) – to decyduje też o dalszych losach po wypisie z OIT
2. **ciężkość choroby** (przyczyny hospitalizacji)
3. **rozpoznanie**
4. **leczenie** (czas włączenia, intensywność)

Ale powróćmy do tematu – wypisaliśmy chorego, odnieśliśmy(w naszej opinii) sukces - i teraz interesują nas wyniki odległe.

Do jakich danych moglibyśmy się porównać?

Niewiele na ten temat wiadomo!

RESEARCH

Long-term outcomes and healthcare utilization following critical illness – a population-based study

A. D. Hill^{1,2*}, R. A. Fowler^{1,2,3}, R. Pinto¹, M. S. Herridge^{3,4}, B. H. Cuthbertson^{1,2,3} and D. C. Scales^{1,2,3}

Hill *et al. Critical Care* (2016) 20:76
DOI 10.1186/s13054-016-1248-y

Results: Over the study interval, 500,124 patients were admitted to ICUs and 420,187 (84 %) survived to hospital discharge. Median follow-up for survivors was 5.3 (interquartile range 2.5, 8.2) years. Patients admitted to an ICU were more likely to subsequently visit the emergency department, be readmitted to the hospital and ICU, receive home care support, require rehabilitation, and be admitted for long-term care. *

**Kanada i 16% śmiertelność w OIT –
trudno to porównać z naszą rzeczywistością!**

Long-term outcomes and healthcare utilization following critical illness – a population-based study

A. D. Hill^{1,2*}, R. A. Fowler^{1,2,3}, R. Pinto¹, M. S. Herridge^{3,4}, B. H. Cuthbertson^{1,2,3} and D. C. Scales^{1,2,3}

Mortality following discharge

A total of 420,187 ICU (84 %) and 1,603,154 (97 %) non-ICU patients survived to hospital discharge. During the follow-up period (median 5.3 years [interquartile range 2.5, 8.2]), there were 136,154 (32 %) posthospitalization deaths among the ICU patients and 358,624 (22 %) deaths among the non-ICU patients. For both the ICU and non-ICU groups, approximately one-fourth of deaths occurred within the first 6 months after discharge

Wyniki odległe też mało dla nas realne...

RESEARCH**Open Access**

One-year survival and resource use after critical illness: impact of organ failure and residual organ dysfunction in a cohort study in Brazil

Otavio T. Ranzani^{1*†}, Fernando G. Zampieri^{1†}, Bruno A. M. P. Besen¹, Luciano C. P. Azevedo^{1,2} and Marcelo Park^{1,2}

Może w takim razie przenieśmy się do Brazylii?

Table 1 Characteristics of the patients included in the study

Variables	All patients (<i>n</i> = 690)	
Age, yr, mean (SD)	50.3 ± 19	
Male sex, <i>n</i> (%)	358 (52 %)	
APACHE II score	16 [10–21]	
Type of admission, <i>n</i> (%)		
Medical	550 (80 %)	
Surgical	140 (20 %)	
Comorbidities		
Reason for admission, <i>n</i> (%)		
Acute respiratory failure	220 (32 %)	
Shock	125 (18 %)	
Septic shock	111 (16 %)	
CNS disorder	78 (11 %)	
Monitoring	73 (10 %)	
Post-operative period	48 (7 %)	
Gastrointestinal diseases	50 (7 %)	
Electrolyte disturbances	25 (4 %)	
Acute kidney injury	23 (3 %)	
Trauma	22 (3 %)	

Support during ICU stay, <i>n</i> (%)		
Mechanical ventilation	510 (74 %)	
Renal replacement therapy	102 (15 %)	
Vasopressors	281 (41 %)	

Prawie jak u nas!

Results: We analyzed 690 patients. Mortality at 1 year after discharge was 27 %. Using multivariate modeling, age, chronic obstructive pulmonary disease, cancer, organ dysfunctions and albumin at ICU discharge were the main determinants of 1-year survival. Age and organ failure were non-linearly associated with survival, and the impact of organ failure diminished over time. We conducted a subset analysis with 561 patients (81 %) discharged without organ failure within the previous 24 h of discharge, and the number of residual organs in dysfunction remained strongly associated with reduced 1-year survival. The use of health care resources among hospital survivors was substantial within 1 year: 40 % of the patients were rehospitalized, 52 % visited the emergency department, 90 % were seen at the outpatient clinic, 14 % attended rehabilitation outpatient services, 11 % were followed by the psychological or psychiatric service and 7 % used the day hospital facility. Use of health care resources up to 30 days after hospital discharge was associated with the number of organs in dysfunction at ICU discharge.

**Nie wiemy niestety jaka była śmiertelność w OIT.
Ale śmiertelność roczna wyniosła 27%.**

W ciągu pierwszego roku po wypisie:

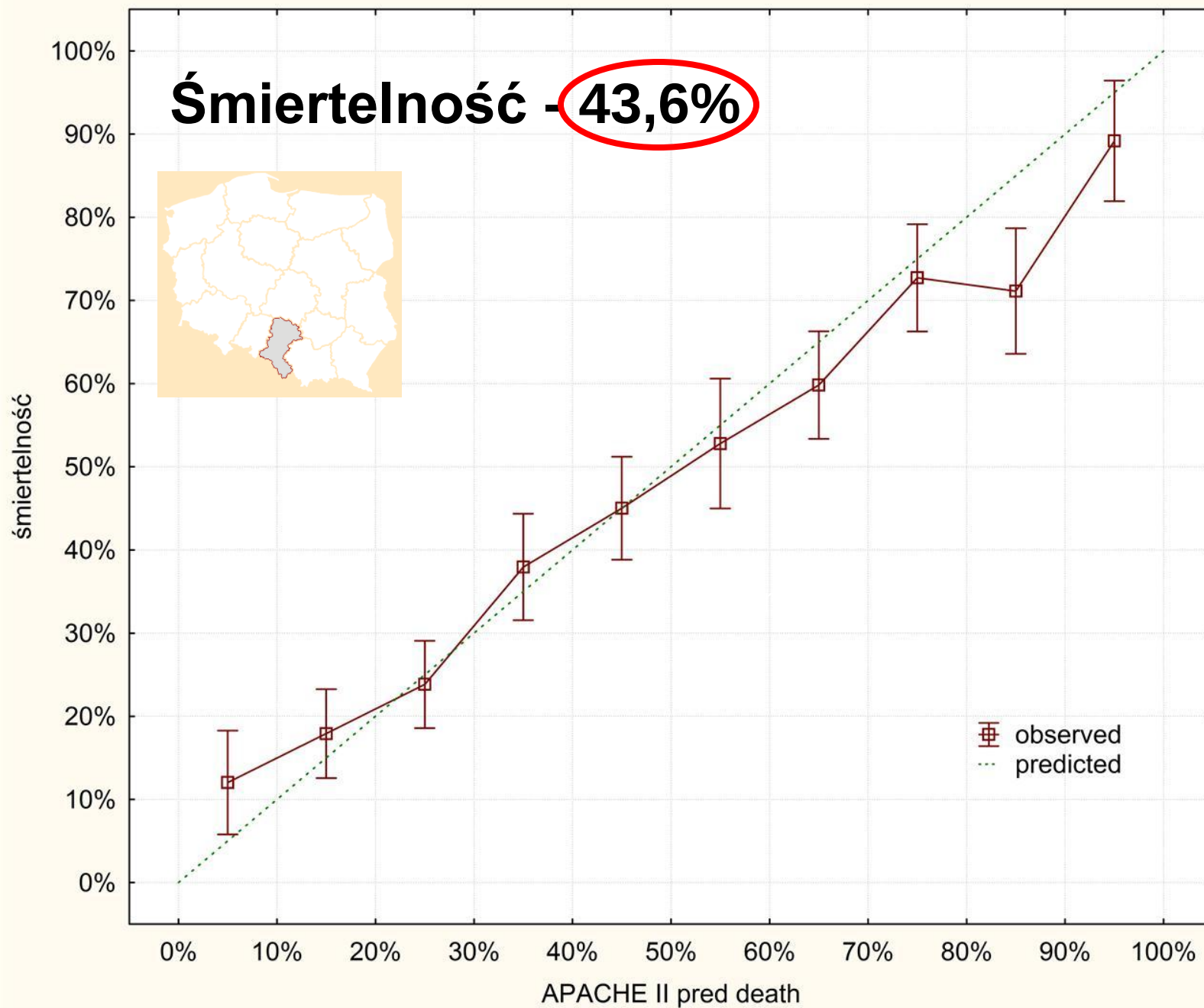
- 40% chorych wymagało rehospitalizacji,**
- 52% wymagało wizyty w oddziale ratunkowym w trybie pilnym,**
- 7% wymagało ciągłej hospitalizacji przez cały rok.**

Teraz przenieśmy się do Wielkiej Brytanii ... ale 20 lat temu

- A total of 23,331 admissions with complete records were available. After exclusions, 12,762 admissions from 15 ICUs were selected for analysis. Hospital mortality was **32.5%** (*to już bardziej tak jak u nas*).
- **Further 27%** of deaths occurred after discharge from the ICU and before discharge from the hospital
- *I co dalej???*

Goldhill DR et al.: Outcome of intensive care patients in a group of British intensive care units. Crit Care Med. 1998, 26,1337.

Śmiertelność - 43,6%





Potrzebny jest narodowy program dla OAiT

Rynek Zdrowia 25.04.2013

„... intensywna terapia w Polsce traktowana jest jako udzielanie świadczeń, które i tak prędzej czy później muszą zakończyć się zgonem. Bardzo często jest mylona z opieką paliatywną czy długoterminową. A to niewybaczalne nieporozumienie lub ignorancja...”

Istnieją plusy dodatnie i plusy ujemne



Plusy dodatnie

- Postęp medycyny umożliwia dziś uratowanie wielu chorych, którzy w innych warunkach nie mieliby szans na przeżycie.

Plusy ujemne

- Skutkiem ubocznym tego zjawiska jest zwiększanie się liczby pacjentów, którzy opuszczają oddział intensywnej terapii niezdolni do funkcjonowania poza OIT.



n=20.227 chorych

Stan chorych przy wypisie:

- znaczny stopień niepełnosprawności: 1520 chorych (7,5%)
- MCS lub stan wegetatywny: 960 chorych (4,7%)

Ilu z tych chorych dożyje pierwszego roku po wypisie?

Przebieg i wyniki leczenia pacjentów w wieku powyżej 79 lat hospitalizowanych na oddziale intensywnej terapii

The course and outcome of patients older than 79 years
treated in intensive care unit

Małgorzata Knapik, Ewa Zbieralska, Bogumiła Kłaczek, Anna Szczepańska, Daniel Cieśla, Piotr Knapik

Oddział Kliniczny Kardioanestezji i Intensywnej Terapii, Katedra Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Medycyny Ratunkowej,
Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

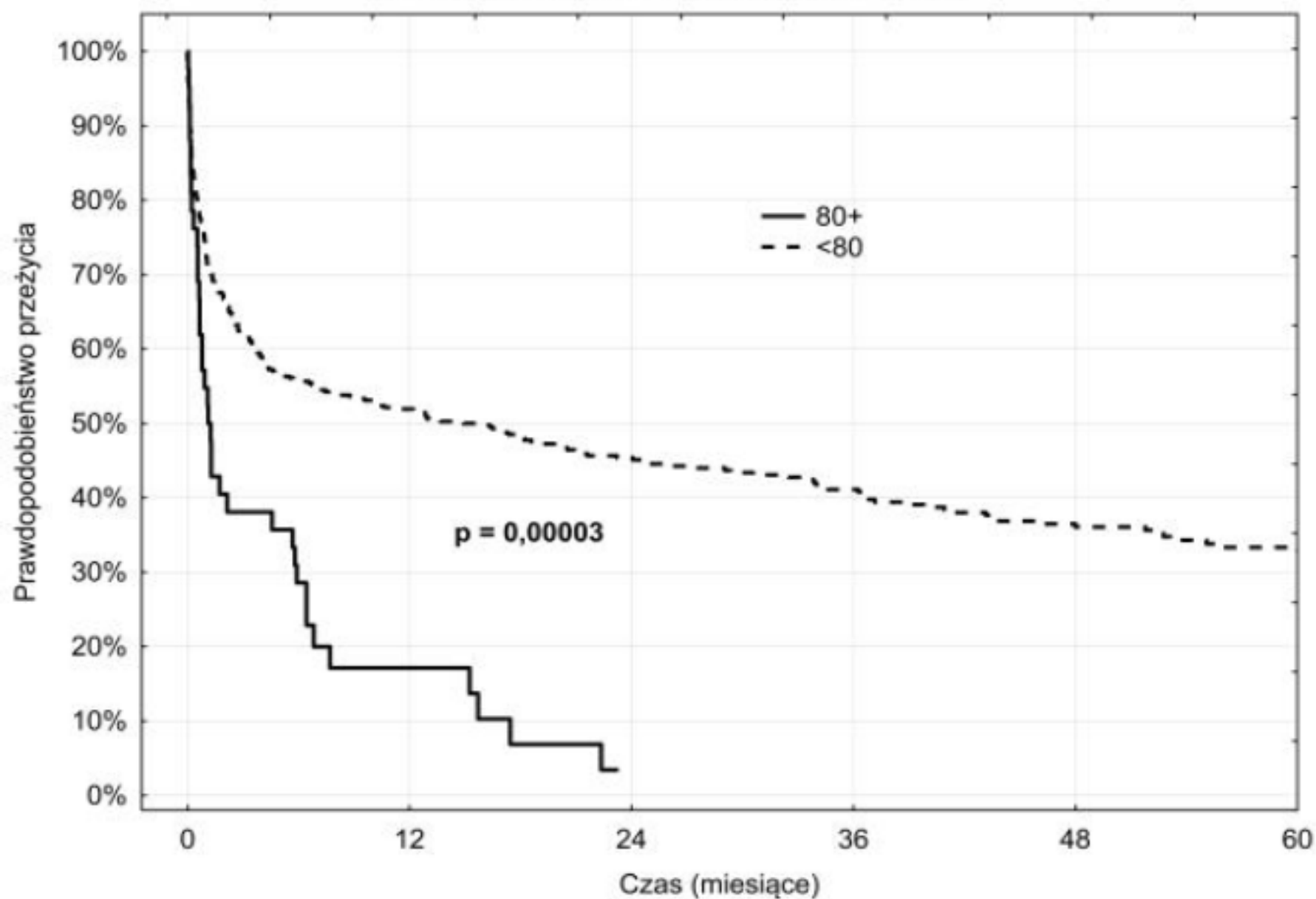
MATERIAŁ I METODY: Retrospektywną analizę przeprowadzono u 870 kolejnych chorych przyjętych na OAiIT w Śląskim Centrum Chorób Serca w kolejnych 8 latach. Analizowano wyłącznie pierwsze przyjęcia – z analizy wykluczono wszystkie powtórne i kolejne hospitalizacje. Do badanej grupy włączono 75 chorych powyżej 79 roku życia (8,6%). Na potrzeby wszystkich obliczeń przyjęto, że istotność statystyczna występuje przy wartości współczynnika $p < 0,05$.

Przyczyny przyjęcia do OAiT	Grupa „80+” (n = 75)		Pozostali chorzy (n = 795)		p
Ostry zespół wieńcowy	29	38,7%	210	26,4%	0,03
Stan po operacji kardiochirurgicznej	16	21,3%	241	30,3%	0,13
Zaostrzenie niewydolności serca	8	10,7%	108	13,6%	0,59
Inne kardiologiczne przyczyny przyjęcia	4	5,3%	47	5,9%	0,96
Zaostrzenie COPD	6	8,0%	44	5,5%	0,54
Zapalenie płuc	6	8,0%	23	2,9%	0,04
Inne choroby płuc	0	0,0%	21	2,6	0,32
Zator płucny	0	0,0%	24	3,0%	0,25
Inne niekardiologiczne przyczyny przyjęcia	6	8,0%	77	9,7%	0,79

Miejsce przekazania chorego z OAiT	Grupa „80+” (n = 75)		Pozostali chorzy (n = 795)		p
Inny oddział tego samego szpitala	16	21,3%	229	28,8%	0,48
Oddział chorób wewnętrznych	16	21,3%	127	16,0%	0,30
Oddział chirurgii ogólnej	3	4,0%	16	2,0%	0,48
Oddział neurologii	0	0,0%	23	2,9%	0,26
Inny oddział	2	2,7%	41	5,2%	0,50
Zakład opiekuńczo-leczniczy	4	5,3%	25	3,1%	0,50
Dom	1	1,3%	5	0,6%	0,98
Zgon	33	44,0%	329	41,4%	0,75

Stan chorego	Grupa „80+” (n = 75)		Pozostali chorzy (n = 795)		p
Dobry	23	30,7%	233	29,3%	0,90
Średni	10	13,3%	115	14,5%	0,92
Ciężki	4	5,3%	43	5,4%	0,81
Wegetatywny lub minimalnej świadomości	5	6,7%	75	9,4%	0,56
Zgon	33	44,0%	329	41,4%	0,75

Prawdopodobieństwo przeżycia Kaplana-Meiera



Ryc. 1. Krzywe przeżycia u chorych w analizowanej populacji.

Odległe wyniki leczenia najstarszych chorych wypisywanych z OAiIT okazały się znacznie gorsze niż pozostałych pacjentów. Wśród chorych opuszczających OAiIT śmiertelność po 30 dniach od wypisu była znacznie wyższa, niż obserwowana wśród chorych z młodszej grupy wiekowej (45,2% vs 27,3%, $p = 0,02$). Śmiertelność roczna, według analizy Kaplana-Meiera, wyniosła 82% w grupie chorych powyżej 79 roku życia i 48% chorych w pozostałej populacji ($p = 0,00003$) (ryc. 1).

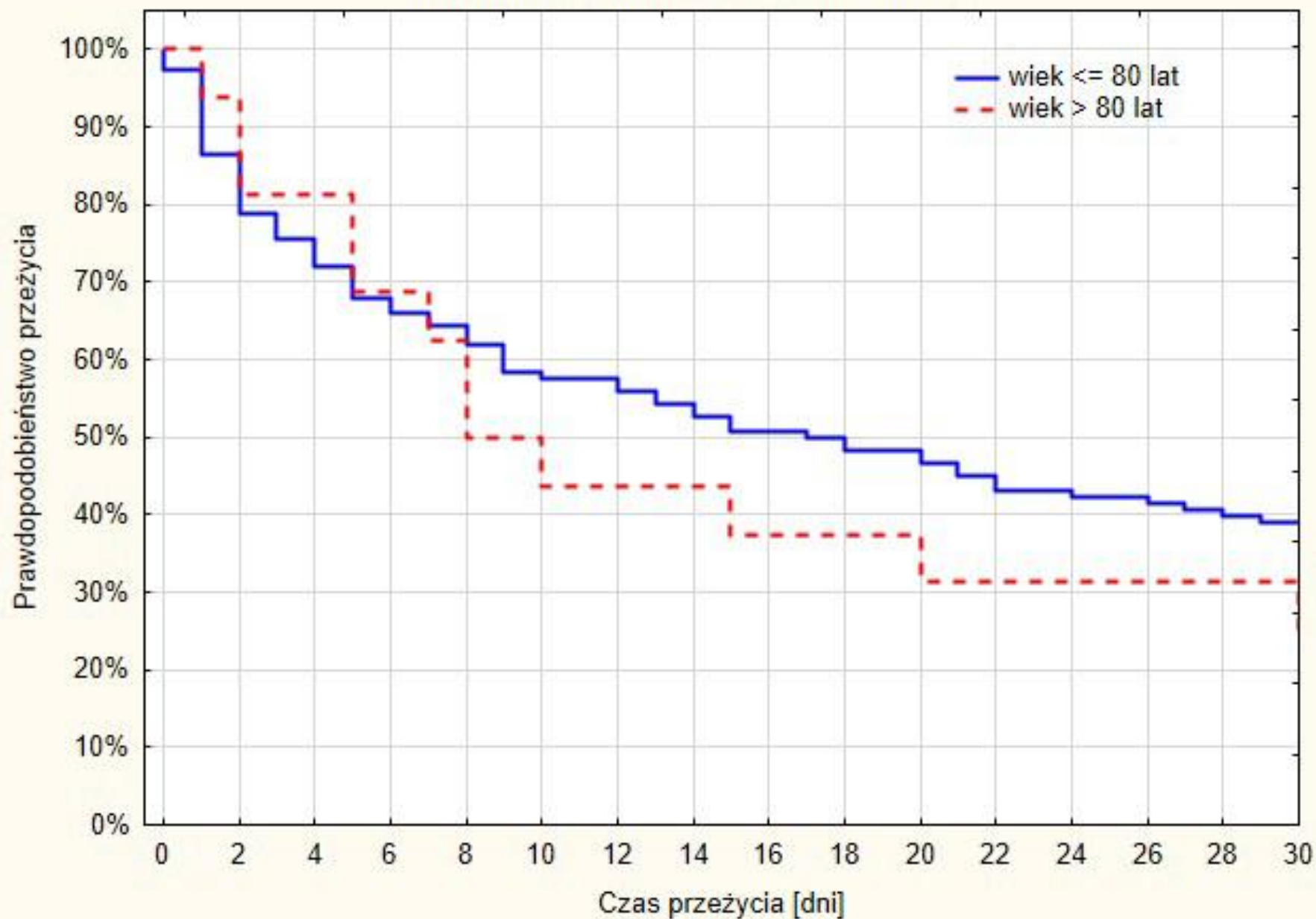
WNIOSKI

1. Pacjenci w wieku powyżej 79 lat stanowią znaczącą grupę wymagającą leczenia na OAiT.
2. Śmiertelność szpitalna wśród najstarszych chorych jest zbliżona do pozostałej populacji, jednak odległe wyniki leczenia są bardzo złe, co może wynikać z niskiej jakości opieki po wypisie z OAiT.

Survival of patients admitted to the intensive care unit in cardiogenic shock due to acute coronary syndrome in one year follow-up.

Wśród 58 chorych wypisanych z OAiIT, 21 chorych zmarło do miesiąca po wypisie (36,2%) Wśród 54 chorych wypisanych z OAiIT u których dostępny był pełny roczny okres obserwacji, w ciągu roku od wypisu zmarło 27 chorych (50%).

Prawdopodobieństwo przeżycia Kaplana-Meiera



Wnioski praktyczne

- Zadbajmy o to gdzie przekazujemy chorego – zarówno jeżeli przekazujemy go do innego oddziału naszego szpitala jak i do innego szpitala.
- Nie chcielibyśmy się dowiedzieć, że chory zmarł w kilka dni po wypisie.
- Wysoki odsetek ponownych przyjęć chorych do OIT to jeden z uznanych przez ESICM wskaźników słabej jakości leczenia w OIT.
- **Miejmy jakiś swój udział w opiece zintegrowanej.**

Ważne informacje!

- Jak chory funkcjonował przed przyjęciem do szpitala?
- Czy jego stan będzie zbliżony do tego przed przyjęciem?
- W jakich warunkach chory będzie musiał funkcjonować po wypisie ze szpitala?
- Jakiej opieki może się spodziewać w domu?
- Jakie czynności będzie mógł wykonać samodzielnie?
- Jaką będzie miał jakość życia po wypisie?

To dopiero początek !

Następne ważne pytania:

- Od jakich czynników (ale tych na które mamy jakiś wpływ!) zależy czas przeżycia i jakość funkcjonowania po wypisie z OIT?
- Którzy chorzy znajdą się w grupie największego ryzyka?
- Jakie płyną z tego dla nas wnioski praktyczne?

Co to oznacza w praktyce?

**Ogromny potencjał
lecniczy oddziałów
intensywnej terapii jest
często marnowany na
bezsensowne działania**

