

Nedostatečné předávání informací mezi nemocničními lékaři a lékaři primární péče – případ onemocnění ledvin: průřezová studie

Sautenet B, Caille A, Giraudeau B, et al. Deficits in information transfer between hospital-based and primary-care physicians, the case of kidney disease: a cross-sectional study. J Nephrol 2015;28:563–570.

Úvod

Kontinuita návazné péče po propuštění z nemocnice vyžaduje komunikaci a informování lékaře primární péče. Neúplnost dokumentace při propuštění z nemocnice má významné důsledky pro návaznost péče, bezpečnost pacienta a účelné nakládání se zdroji. V nedávno provedené metaanalýze byla dostupnost propouštěcí zprávy z hospitalizace při první kontrole po propuštění nízká, pouhých 12–34 %, a tento deficit zřejmě ovlivnil přibližně ve 25 % případů kvalitu následné péče (Kripalani et al., 2007). Navíc závěrečné zprávy z hospitalizace často postrádaly důležité informace, jako například výsledky diagnostických testů (chyběly ve 33–63 % případů), popis průběhu hospitalizace a léčby (v 7–22 % případů), medikace při propuštění (v 2–40 % případů), seznam vyšetření, jež nebyla dosud popsána a dokončena (65 %), poučení pacienta nebo rodinného příslušníka (90–92 %) a doporučení dalšího postupu (2–43 %).

Sérová koncentrace kreatininu je rutinně vyšetřována k posouzení glomerulární filtrace (GF), což umožňuje snadné odhalení akutní i chronické renální dysfunkce. Četnost akutního poškození ledvin (acute kidney injury, AKI) v souboru 19 249 hospitali-

zací činila 22,7 % a mortalita u pacientů s AKI byla 10,8 % versus 1,5 % u pacientů bez AKI. V jiných studiích byla popsána souvislost AKI s rozvojem chronického onemocnění ledvin (chronic kidney disease, CKD), terminálního selhání ledvin a úmrtím (Coca et al., 2012), ale i s výskytem kardiovaskulárních příhod a se zvýšeným rizikem rehospitalizace a úmrtí. Jak akutní, tak chronická renální dysfunkce je tedy spojena se závažnou morbiditou a mortalitou. Z tohoto důvodu by měli být lékaři primární péče informováni o poruše funkce ledvin svých pacientů v propouštěcí zprávě s případným doporučením předání pacienta do nefrologické péče. Pacienti jsou však k nefrologovi bohužel často odesíláni pozdě a nelze vyloučit, že k tomu může přispívat i chybějící informace o byť přechodné renální dysfunkci. Považuje se za prokázané, že pozdní odeslání pacienta do nefrologické péče je spojeno se zvýšeným rizikem úmrtí. Bylo to prokázáno metaanalýzou zahrnující téměř 13 000 pacientů (Chan et al., 2007). Naproti tomu včasné předání pacienta do péče nefrologa bylo podle posledního přehledového článku vycházejícího z 27 kohortových studií spojeno s významně kratší vstupní hospitalizací a s lepší mírou přežití po pěti letech (Smart a Titus, 2011). Včasné rozpoznání onemocnění ledvin je klíčové pro včasnou diagnózu, léčbu a zlepšení prognózy.

Předkládaná studie si vytkla za cíl zjistit, jaká je prevalence akutní a/nebo chronické renální dysfunkce u hospitalizovaných pacientů a zda je to vyjádřeno ve zprávě pro lékaře primární péče.

Metodika: Byla vyhodnocena všechna měření sérové koncentrace kreatininu a na jejich základě vypočtena GF podle metody MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) u nemocných hospitalizovaných v Univerzitní nemocnici ve francouzském Tours v období od 1. listopadu 2008 do 30. dubna 2009. Do studie byli zařazeni pacienti ze čtyř jednotek intenzivní péče (interní, chirurgické, neurologické a popáleninové), z 11 standardních chirurgických oddělení (kardiovaskulárního, ortopedického, urologického, břišní chirurgie, neurochirurgického, gynekologického, ORL, hrudní chirurgie, očního, plastického chirurgie a stomatochirurgického) a dále z 11 standardních interních oddělení (všeobecné interny, kardiologického, revmatologického, dermatologického, neurologického, plicního, gastroenterologického, onkologického, hematologického, geriatrického, infekčních nemocí). Propouštěcí zprávy nebyly zařazovány do studie v těchto případech: a) pokud pacienti zemřeli v průběhu hospitalizace; b) pokud byli přeloženi na nefrologické oddělení, c) pokud byli přeloženi na psychiatrické oddělení, d) pokud šlo o dětské pacienty.

K identifikaci propouštěcích zpráv z hospitalizace, které obsahovaly informace o renální dysfunkci, byla vyhledávána následující klíčová slova: glomerulární filtrace, MDRD, Cockcroft, clearance kreatininu, nefrolog, nefrologie, nefrologický, nefropatie, porucha funkce ledvin, ultrasonografie ledvin, dialýza, hemodialýza, chronické onemocnění ledvin, akutní renální dysfunkce, anurický. K posouzení přesnosti metodiky bylo podrobně prozkoumáno 200 náhodně vybraných lékařských zpráv neobsahujících uvedená klíčová slova, s tím závěrem, že v nich nebyla nalezena žádná zmínka o poruše funkce ledvin; metodika tedy byla tímto způsobem považována za validovanou. Pokud se informace o poruše funkce ledvin dostala do závěru lékařské zprávy/doporučení, bylo to interpretováno jako jasný doklad informování lékaře primární péče o poruše funkce ledvin.

Výsledky: Sérová koncentrace kreatininu byla měřena u 14 000 ze 19 798 (70,7 %) případů hospitalizace. Porucha funkce ledvin (definovaná jako pokles GF pod 60 ml/min/1,73 m² při jednom nebo několika měřeních) byla zjištěna ve 27,2 % hospitalizací, které se týkaly 3 342 pacientů průměrného věku 74,4 roku,

50,8 % mužů. Prevalence renální dysfunkce byla na interních odděleních 27 %, na chirurgických odděleních 24,9 % a na jednotkách intenzivní péče 38,2 %.

Informace o poruše funkce ledvin byla obsažena v 25,3 % lékařských propouštěcích zpráv, častěji ve zprávách z jednotek intenzivní péče než ve zprávách z interních a chirurgických oddělení.

Ve zprávách z interních oddělení, ale i ve zprávách z chirurgických oddělení a z jednotek intenzivní péče byla porucha funkce ledvin uváděna v závislosti na stupni dysfunkce – 5. stadium bylo popsáno v 89,5 % propouštěcích zpráv z interních oddělení. Vliv na uvádění renální dysfunkce měla i délka jejího trvání.

Autoři uzavírají, že renální dysfunkce, akutní nebo chronická, se u hospitalizovaných pacientů vyskytuje často, ale často není zaregistrována nebo není uvedena v závěru lékařské zprávy pro praktického lékaře, což může zhoršovat zajištění následné péče pro nemocné s chronickou nefropatií.

■ KOMENTÁŘ

Prof. MUDr. Sylvie Opatrná, Ph.D.

Chronické onemocnění ledvin, postupný pokles funkce ledvin v průběhu času, je často nedostatečně diagnostikované onemocnění, protože u nemocných s CKD se dlouho nevyskytují žádné příznaky. Přestože je CKD asymptomatické onemocnění, přispívá významně k rozvoji kardiovaskulárních onemocnění a k úmrtí a u nezanedbatelného procenta pacientů může vést k selhání ledvin. Bezpříznakovost i u CKD pokročilých stadií je jistě také příčinou toho, že u řady nemocných dochází k rozpoznání chronického selhání ledvin až ve stadiu, kdy je nutné během krátké doby zahájit náhradu funkce ledvin, a to nejčastěji hemodialýzou, protože na přípravu k elektivní transplantaci nebo na edukaci ohledně peritoneální dialýzy již není čas. Celosvětově se proto objevují snahy upozornit odbornou i laickou veřejnost na nutnost včasné diagnostiky a léčby renální dysfunkce, tedy včasného předání nemocného do péče nefrologa. Je doloženo, že včasná nefrologická péče vede ke zpomalení progresu renální dysfunkce.

Renální dysfunkce potažmo CKD bohužel nadále často uniká diagnostice, přestože laboratorně zjištěné hodnoty kreatininu a/nebo odhadovaná GF často svědčí pro poruchu funkce ledvin, a to i vyšších stadií. Stává se to i u hospitalizovaných nemocných. Cílem předkládané studie bylo tuto zkušenost ověřit, a skutečně se podařilo potvrdit, že informace o poruše funkce ledvin, tzn. zvýšení plazmatické koncentrace kreatininu v průběhu hospitalizace a/nebo při propuštění z nemocnice, nejsou v nezanedbatelném procentu případů obsaženy v závěrečném doporučení v lékařské zprávě z hospitalizace. Toto zjištění je o to překvapivější, že daná studie probíhala na akademickém pracovišti, v univerzitní nemocnici v Tours ve střední Francii. Určitou nevýhodou studie bylo to, že v ní mohly být využity pouze údaje o sérové koncentraci kreatininu (údaje o GF byly dopočítány). Nemocnice v Tours v době provádění studie ještě nehlásila odhadovanou GF. Je otázkou, zda by tato dodatečná informace změnila výsledky, tzn., zda by byla ve větším počtu propouštěcích zpráv z hospitalizace uvedena porucha funkce ledvin.

Studie bohužel neobjektivizovala, jak informace o renální dysfunkci nebo její absence ovlivní následnou péči organizovanou a prováděnou lékařem primární péče. Zkušenosti z běžné praxe naznačují, že lékaři primární péče mohou správně vyhodnotit situaci a reagovat na laboratorní nálezy, i když v závěru lékařské zprávy z hospitalizace nejsou na renální dysfunkci upozorněni, ale také naopak, že pacienti i s významně zvýšenou koncentrací kreatininu a sníženou funkcí ledvin do nefrologické péče nepředají. Odtud se pak rekrutují tzv. pacienti z ulice, kterých do dialyzačního progra-

mu v České republice přichází stále více než 40 % – v roce 2014 to bylo 898 nemocných.

Literatura

Coca SG, Singanamala S, Parikh CR. Chronic kidney disease after acute kidney injury: a systematic review and meta-analysis. *Kidney Int* 2012;81:442–448.

Chan MG, Dall AT, Fletcher KE, et al. Outcomes in patients with chronic kidney disease referred late to nephrologists: a meta-analysis. *Am J Med* 2007;120:1063–1070.

Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 2007;297:831–841.

Smart NA, Titus TT. Outcomes of early versus late nephrology referral in chronic kidney disease: a systematic review. *Am J Med* 2011;124:1073–1080.