Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):3

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

EA-048 - AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD

A. Muñoz Claros, M. Ruz Zafra, M. González Benítez, I. Gallardo Romero, B. Martín Ramos, A. Ruiz Cantero

Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga).

Resumen

*Objetivos:*En un estudio anterior, realizado en nuestro centro, evaluamos la autopercepción del estado de salud (APS) en pacientes que ingresaron en nuestro servicio de Medicina Interna. Observamos que la APS en los pacientes ingresados es peor que en la población general, que disminuye a medida que aumenta la dependencia y que los pacientes pluripatológicos (PPP) perciben su estado de salud peor, existiendo una relación inversa entre la APS y el Índice Profund (IP), definido como predictor de mortalidad al año en PPP. Nuestro objetivo actual es evaluar la relación entre la (APS) y la mortalidad al año de seguimiento de los pacientes que estuvieron ingresados en la UGC de Medicina Interna desde el 1 de abril al 15 de junio de 2015, así como compararlo con el IP.

*Material y métodos:*Diseño: estudio descriptivo transversal longitudinal. Sujetos de estudio: pacientes que ingresaron en la UGC de Medicina Interna desde el 1 de abril al 15 de junio de 2015 así como su seguimiento hasta la fecha de su muerte o hasta el 15 de junio de 2016. Mediciones: edad, sexo, condición de pluripatología y sus categorías, el IP, la APS evaluada con una pregunta referida al estado de salud general en el último mes ("En general, en el último mes, ¿usted diría que su salud ha sido?: muy buena, buena, regular, mala o muy mala"), la mortalidad, el lugar de la muerte y los reingresos hasta el años de seguimiento. Análisis de datos: se calcularon frecuencias y porcentajes de las diferentes categorías de las variables cualitativas y media y desviación típica de las cuantitativas. Se utilizó el estadístico chi cuadrado para el análisis de variables cualitativas, el análisis de la varianza para la comparación de variables cualitativas y cuantitativas y los valores predictivos para cada uno de los dos índices pronósticos.

*Resultados:*Se siguieron a 243 pacientes de los cuales 54,3% (132) eran varones y un 45,7% (111) mujeres, con una edad media de 70,91 años (DT 16,274). Durante el período de seguimiento el 30% de los pacientes (73) reingresaron al menos una vez y se produjeron 73 muertes (30%), de las cuales un 16,5% (40) fueron en el hospital y un 13,2% (32) en domicilio. Se excluyeron 26 pacientes incapaces de contestar a la pregunta de la APS por su estado. La APS entre los pacientes fallecidos fue muy buena en 2 pacientes (2,7%), buena en 6 (8,2%), regular en 23 (31,5%), mala en 20 (27,4%) y muy mala en 7 (9,6%), (p 0,001). El 37,9% (92) eran PPP, de los cuales fallecieron 35 (44,3%), distribuyéndose de la siguiente forma según su APS: muy buena 0, buena 3 pacientes (8,6%), regular 15 (42,9%), mala 13 (37,1%) y muy mala 4 (11,4%), p = 0,013. La puntuación media del IP es 7,21 (DT 5,11). Para comparar los valores predictivos de ambos índices pronósticos se distribuyeron los pacientes en dos grupos según los valores de cada índice. Para el IP pacientes con valores de 0-6 y pacientes con valores mayor o igual a 7; para la APS, pacientes con calificación muy buena y buena y pacientes con calificación regular, mala o muy mala. Los valores predictivos para el IP son: VPP 66% y VPN 74%. Los valores predictivos para la APS son: VPP 55% y VPN 85%.

*Discusión:*La APS es un buen factor predictivo de mortalidad como se ha demostrado en diferentes estudios, habiéndose relacionado la baja APS con la edad avanzada, bajos ingresos, sexo femenino, alto índice de masa corporal y carga de enfermedad. Diferentes estudios ha avalado el valor pronóstico de mortalidad del IP tanto en población hospitalaria como en atención primaria. En nuestro estudio identificamos que a mayor valor del IP más baja es la APS.

*Conclusiones:*1. La APS se relaciona de forma inversa con la mortalidad. 2. En los PPP el IP tiene un VPP mayor que la APS (66% frente a 55%), y un VPN menor que la APS (74% frente a 85%), de tal forma que una APS buena o muy buena tiene un mayor valor predictivo de supervivencia que un IP menor de 6. 3. La APS debe incluirse en la historia clínica.

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.