

Nueva convocatoria de Premios Mepentol®

Habiendo quedado desierto el Premio Mepentol® a las comunicaciones científicas presentadas en el X Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, Laboratorios Bama-Geve S.A. convoca nuevos Premios Mepentol®.

El jurado calificador consideró que los trabajos presentados en el X Congreso Nacional de la SEEGG no eran de suficiente nivel científico, justificado por el poco tiempo que hubo entre la convocatoria del Premio y la presentación de dichos trabajos.

Por este motivo, Laboratorios Bama-Geve S.A. convoca dos Premios, con una dotación de 2.000 y 1.000 euros, respectivamente, a las comunicaciones científicas sobre la prevención de úlceras por presión que se presenten al 5º Simposio Nacional sobre Úlceras por Presión y Heridas Crónicas que se celebrará, en Oviedo, del 11 al 13 de noviembre de 2004.



GRUPO NACIONAL PARA EL ESTUDIO Y ASESORAMIENTO
EN ÚLCERAS POR PRESIÓN



Laboratorios Bama-Geve, S.A.
Avda. Diagonal, 490, 08006 Barcelona
Tel.: 93 415 48 22 Fax: 93 415 37 92
e-mail: laboratorio@bamageve.es

Premios Mepentol® a las comunicaciones científicas

presentadas al

5º Simposio Nacional sobre Úlceras por Presión y Heridas Crónicas

Oviedo, 11-13 de noviembre de 2004

Área temática: Prevención de úlceras por presión

Dotación: 2.000 €, 1º premio; 1.000 €, 2º premio

BASES

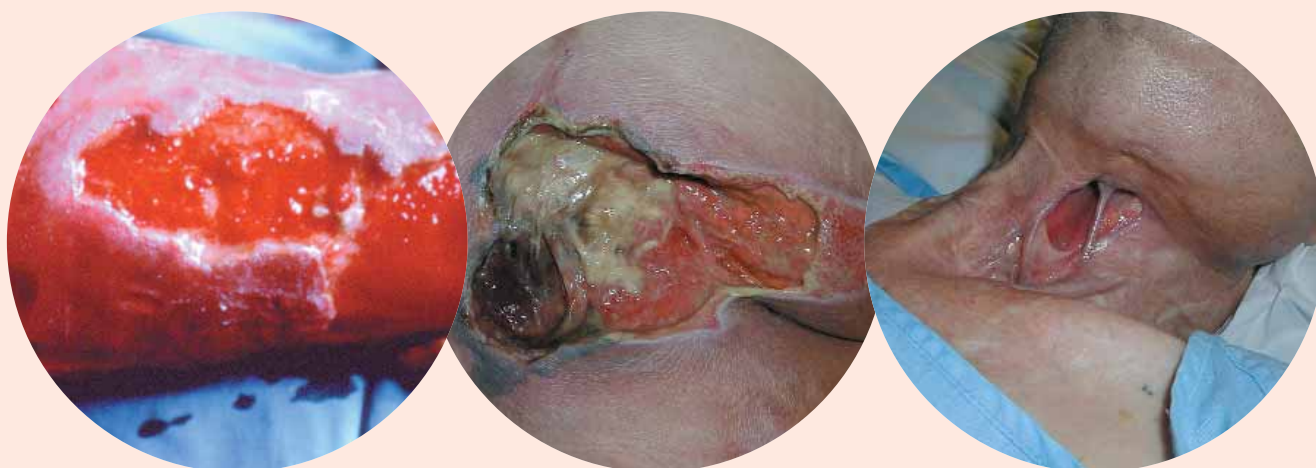
1. Pueden optar a estos Premios todos los profesionales enfermeros (españoles y extranjeros), a excepción de los miembros del jurado.
2. Optarán al Premio todas las comunicaciones científicas fruto de estudios y trabajos inéditos que se presenten y sean aceptados por el Comité Científico del 5º Simposio Nacional sobre Úlceras por Presión y Heridas Crónicas.
3. Los trabajos deberán centrarse inequívocamente en alguno o varios de los múltiples aspectos de la prevención de las úlceras por presión. Se podrán presentar como comunicación oral o tipo póster.
4. El jurado calificador de los premios estará compuesto por dos miembros del Comité Director del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de las Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) y un representante del patrocinador, Laboratorios Bama-Geve S.A., que tendrá voz pero no voto.
5. Los Premios pueden ser declarados desiertos en el caso de que el jurado calificador no considere los trabajos presentados de suficiente nivel científico.
6. El fallo será dado a conocer en el acto de clausura del Simposio y se considerará inapelable.
7. Los trabajos premiados, previa consulta a los autores, serán valorados por parte del GNEAUPP para su publicación.
8. Para la presentación de los trabajos se atenderán las normas para la confección de los resúmenes que establezca la organización del Simposio, siendo la fecha límite de presentación el 15 de julio de 2004 y la secretaria técnica del Simposio: Unicongres. C/ Calvet, 55. 08021-Barcelona. Tel.: 93-2007088; www.gneaupp.org; www.unicongres/oviedo2004.
9. La participación en los premios implica la aceptación de estas bases.

Suplemento

HELICOS



Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento
en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas



Análisis y evolución de la mortalidad
por úlceras por presión en España. Período 1987-1999

Verdú, J.; Nolasco, A.; García, C.

Análisis y evolución de la mortalidad por úlceras por presión en España. Período 1987-1999

Analysis and evolution of mortality due to pressure ulcers in Spain between 1987-1999

¹José Verdú

¹Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante.

¹Andreu Nolasco

²Registro de mortalidad. Conselleria de Sanitat i Consum. Generalitat Valenciana.

²Carmen García

Correspondencia:

José Verdú Soriano

Departamento de Salud Pública

Ap. 99. Universidad de Alicante

03080-Alicante

Tfno: 965-903917, fax: 965-903964

E-mail: pepe.verdu@ua.es

RESUMEN

Se estudian las muertes por úlceras por presión como causa básica de defunción en España desde el año 1987 hasta el año 1999, en personas mayores de 65 años. Los datos se analizan agrupados por comunidades autónomas, período y sexo, a través de los indicadores de mortalidad: defunciones, tasas específicas, tasas ajustadas, utilizando como indicador comparativo el riesgo relativo. Se construyen mapas de mortalidad por comunidades autónomas y gráficos de tendencia temporal. Entre los hallazgos más importantes se puede destacar que la probabilidad de que una persona muera como consecuencia de una UPP aumenta con la edad y que es un problema que afecta en mayor medida a la mujeres. Así encontramos tasas ajustadas que van hasta 20 defunciones por cada 100.000 habitantes en hombres y hasta 31 por cada 100.000 habitantes en mujeres, según comunidad autónoma y período estudiado. Destacar las comunidades de Asturias, Comunidad Valenciana, Madrid y Navarra por su tendencia al alza en la mortalidad a lo largo del período estudiado; y el caso del País Vasco que es la única comunidad autónoma en la que se refleja una clara tendencia a la bajada de las tasas de mortalidad.

INTRODUCCIÓN

La multitud de trabajos relacionados con la epidemiología, medidas de prevención, diversos tratamientos, costes, etc., de las úlceras por presión (UPP), reflejan la gran preocupación que existe en el entorno de la salud por este tipo de lesiones (1).

En España, al igual que en otros países de nuestra área, constituyen un importante problema de salud pública en todos los niveles asistenciales: Atención Primaria, especializada e instituciones socio-sanitarias, afectando a personas de todos los grupos de edad, especialmente en la población de edad avanzada, y suponiendo un coste importante, tanto en términos de sufrimiento de los pacientes como en la utilización de recursos (2).



Mortalidad, úlceras por presión, epidemiología.

SUMMARY

Deaths due to pressure ulcers are being studied as a basic cause of death in Spain from 1987 to 1999 in people over 65. The data analysed are grouped together by Autonomous Communities, period and sex via mortality indicators: deaths, specific rates, adjusted rates using relative risk as a comparative indicator. Mortality maps are constructed by Autonomous Communities and time graphs. Among the most important finds it may be emphasised that the probability of a person dying as a result of a pressure ulcer increases with age and that this is a problem which predominantly affects women. We therefore find adjusted rates that range from 20 deaths per 100,000 inhabitants in males up to 31 deaths per 100,000 inhabitants in women according to Autonomous Community and period studied. The communities of Asturias, Valencian Community, Madrid and Navarra are notable for their high mortality rate over the period studied; the Basque Country is the only Autonomous Community which clearly reflects low mortality rates.

KEY WORDS

Mortality, pressure ulcers, epidemiology.

La importancia de este problema radica en la gravedad de sus complicaciones (dolor, infección local, sepsis y aumento de la mortalidad), el aumento del gasto sanitario, el aumento de las estancias hospitalarias (pudiendo elevarse hasta cinco veces más que en los pacientes que no presentan UPP) y el incremento del tiempo requerido de cuidados de salud, con el consiguiente aumento de la carga de trabajo de enfermería (1, 3, 4). Si a esto añadimos datos de la bibliografía que indican que el 95% de estas lesiones se pueden prevenir, no es de extrañar que la aparición de UPP se relacione directamente con la calidad de los cuidados prestados al paciente y que la incidencia de estas lesiones se utilice como un indicador de la cali-

dad de los cuidados prestados por los profesionales de enfermería.

Diversos estudios internacionales (3, 5, 6, 7) sitúan la prevalencia de las UPP en distintos ambientes, entre un 2,5 y un 30,0%. En España, los diferentes estudios epidemiológicos llevados a cabo presentan una metodología muy variada y difícil de comparar y generalizar. Como cita Torra (1): "es difícil comparar las cifras de incidencia y prevalencia de los distintos estudios debido a limitaciones metodológicas: poblaciones en estudio no comparables, variaciones en la forma de obtención de los datos, frecuente confusión en el uso de indicadores epidemiológicos así como en el estadije de las lesiones, etc."

Las mismas limitaciones expresan Maklebus y Sieggreen (9). Quizá el

trabajo que mejor evidencia aportó para España fue el que Soldevilla y Torra (2) realizaron en la Comunidad Autónoma de la Rioja, donde se registró una prevalencia global (reuniendo los distintos niveles asistenciales) de alrededor del 13,0%. Recientemente se han publicado los resultados del Primer estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en España (10), registrándose una prevalencia media de 8,3% para pacientes de atención domiciliaria, 8,8% en unidades de hospital y un 7,6% para los centros sociosanitarios. Son escasos los estudios que analizan la incidencia y, según la literatura (1), podemos encontrar valores que van desde el 1,0 al 50,0%.

Es también frecuente encontrar referencias en la bibliografía internacional sobre la relación entre mortalidad y presencia de UPP en las personas. En Estados Unidos se calcula que, aproximadamente, un millón de personas hospitalizadas o que viven en residencias son diagnosticadas de UPP y cerca de 60.000 mueren como consecuencia de complicaciones por UPP (11). Cuando se desarrolla una UPP el riesgo de muerte aumenta hasta cuatro veces y si aparecen complicaciones en la cicatrización la tasa se multiplica hasta seis veces (12). Allman (13) encontró en un estudio prospectivo, entre 1988 y 1992, en pacientes inmovilizados con una media de edad de 73 años, una mortalidad entre los que desarrollaron UPP del 59,4% (24,3% en el hospital y 35,1% un año después de seguimiento fuera del hospital). En España, el estudio de Anaya y cols. (1) refleja una mortalidad del 41,9% en el período de un año, entre 248 pacientes geriátricos que pre-

Tabla 1. Defunciones totales por CC.AA., período y sexo

Comunidad autónoma	Período	Sexo	Defunciones
Andalucía	87-90	Hombre	66
		Mujer	182
	91-93	Hombre	35
		Mujer	90
94-96	Hombre	41	
	Mujer	144	
97-99	Hombre	79	
	Mujer	261	
Aragón	87-90	Hombre	22
		Mujer	53
	91-93	Hombre	19
		Mujer	40
94-96	Hombre	16	
	Mujer	47	
97-99	Hombre	25	
	Mujer	54	
Asturias	87-90	Hombre	3
		Mujer	6
	91-93	Hombre	7
		Mujer	11
94-96	Hombre	4	
	Mujer	15	
97-99	Hombre	9	
	Mujer	26	
Balears	87-90	Hombre	9
		Mujer	32
	91-93	Hombre	2
		Mujer	24
94-96	Hombre	2	
	Mujer	21	
97-99	Hombre	17	
	Mujer	30	
Canarias	87-90	Hombre	33
		Mujer	93
	91-93	Hombre	8
		Mujer	30
94-96	Hombre	18	
	Mujer	39	
97-99	Hombre	48	
	Mujer	82	
Cantabria	87-90	Hombre	2
		Mujer	10
	91-93	Hombre	4
		Mujer	6
97-99	Hombre	7	
	Mujer	21	
94-96	Hombre	17	
	Mujer	17	
Castilla y León	87-90	Hombre	23
		Mujer	58

(Sigue)

Comunidad autónoma	Período	Sexo	Defunciones
	91-93	Hombre	19
		Mujer	38
	94-96	Hombre	29
		Mujer	48
	97-99	Hombre	28
		Mujer	61
Castilla-La Mancha	87-90	Hombre	27
		Mujer	46
	91-93	Hombre	10
		Mujer	40
	94-96	Hombre	19
		Mujer	43
97-99	Hombre	24	
	Mujer	55	
Cataluña	87-90	Hombre	39
		Mujer	130
	91-93	Hombre	33
		Mujer	98
	94-96	Hombre	44
		Mujer	129
97-99	Hombre	46	
	Mujer	120	
Comunidad Valenciana	87-90	Hombre	31
		Mujer	75
	91-93	Hombre	35
		Mujer	120
	94-96	Hombre	36
		Mujer	109
97-99	Hombre	61	
	Mujer	163	
Extremadura	87-90	Hombre	11
		Mujer	25
	91-93	Hombre	7
		Mujer	14
	94-96	Hombre	6
		Mujer	21
97-99	Hombre	12	
	Mujer	38	
Galicia	87-90	Hombre	32
		Mujer	64
	91-93	Hombre	28
		Mujer	92
	94-96	Hombre	23
		Mujer	75
97-99	Hombre	80	
	Mujer	143	
Comunidad de Madrid	87-90	Hombre	4
		Mujer	34
	91-93	Hombre	10
		Mujer	40
94-96	Hombre	18	
	Mujer	57	

(Sigue)



Comunidad autónoma	Período	Sexo	Defunciones
	97-99	Hombre	37
		Mujer	77
Región de Murcia	87-90	Hombre	11
		Mujer	34
	91-93	Hombre	10
		Mujer	25
94-96	Hombre	13	
	Mujer	42	
97-99	Hombre	9	
	Mujer	40	
Navarra	87-90	Hombre	1
		Mujer	8
	91-93	Hombre	2
		Mujer	10
94-96	Hombre	7	
	Mujer	10	
97-99	Hombre	8	
	Mujer	28	
País Vasco	87-90	Hombre	41
		Mujer	107
	91-93	Hombre	29
		Mujer	68
94-96	Hombre	24	
	Mujer	45	
97-99	Hombre	14	
	Mujer	36	
La Rioja	87-90	Hombre	4
		Mujer	9
	91-93	Hombre	4
		Mujer	9
94-96	Hombre	2	
	Mujer	9	
97-99	Hombre	3	
	Mujer	4	

sentaban UPP en un hospital público del Servicio Andaluz de Salud.

La mortalidad se ha utilizado frecuentemente para dimensionar distintos problemas de salud (cancer, demencias, sida, etc.). Las razones son diversas, pues por una parte ésta constituye, incluso en los países más desarrollados, un dato sanitario de primer orden al ser el principal indicador de pérdida de salud, y ser de gran utilidad para la administración y gestión de servicios sanitarios, como medida

indirecta de las necesidades de la distribución de recursos, mientras que por otra parte suele contarse con una disponibilidad aceptable de los datos necesarios (defunciones y población). Puede añadirse la utilidad de estos estudios en función de las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud respecto a la utilización de indicadores de la mortalidad para comparar el nivel de salud entre los distintos países y regiones, al disponer estos de un elevado grado de confianza. En esta línea, en las últimas décadas han

sido producidos varios atlas de distribución de enfermedad (14, 15, 16).

En España, no hemos encontrado ningún estudio específico sobre la mortalidad por UPP. Se trata, como se ha visto, de un importante problema de salud que afecta mayoritariamente a un determinado grupo de población (personas de edad avanzada e inmovilizados). Si tenemos en cuenta como está evolucionando la estructura de la población en España, hacia una población cada

vez más envejecida; y dados los problemas metodológicos, a nivel epidemiológico, que se desprenden de la literatura revisada, sería interesante conocer la situación de este problema en nuestro país, por ejemplo, si las UPP aparecen reflejadas como causa de muerte o como causa contribuyente, si la mortalidad ha descendido o aumentado por esta causa, si los avances en el cuidado de las heridas han influido de alguna manera o cuáles son las patologías asociadas a este tipo de pacientes.

Es en este sentido en el que se desarrolla el presente trabajo con el objetivo de:

- Estudiar la distribución de la mortalidad por UPP en el territorio español, a nivel de las comunidades autónomas, entre los años 1987 y 1999.

- Construir mapas de mortalidad por UPP por comunidades autónomas y para los períodos considerados (1987-1990, 1991-1993, 1994-1996, 1997-1999).

- Describir la evolución temporal de la mortalidad por esta causa, a nivel de las comunidades autónomas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseña un estudio descriptivo transversal de mortalidad.

Las unidades a estudio fueron todas las defunciones ocurridas en personas mayores de 65 años en el territorio español por la causa básica 707.0 (según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión) y L89 (según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión) -úlceras por presión o decú-

Tabla 2. Tasas específicas de defunción por úlcera por presión por 100.000 habitantes, por grupos de edad quinquenales a partir de 65 años

Comunidad autónoma	Período	Sexo	65-69 años	70-74 años	75-79 años	80-84 años	85 años o más
Andalucía	87-90	Hombre	1,66	2,75	5,41	12,00	29,47
		Mujer	1,04	5,63	9,16	18,23	45,10
	91-93	Hombre	0,74	1,75	3,85	5,43	23,50
		Mujer	0,00	1,31	4,46	8,32	40,55
	94-96	Hombre	0,00	2,14	4,05	6,07	28,13
		Mujer	1,00	2,37	7,14	15,74	47,83
	97-99	Hombre	0,66	2,56	8,18	14,23	42,03
		Mujer	0,57	3,11	11,59	30,01	81,56
Aragón	87-90	Hombre	0,80	3,47	7,47	11,45	32,37
		Mujer	0,00	1,77	7,39	20,05	69,56
	91-93	Hombre	0,98	6,60	1,96	11,79	35,62
		Mujer	0,00	5,29	5,45	11,30	62,89
	94-96	Hombre	0,00	2,30	5,47	5,67	36,02
		Mujer	0,89	0,96	7,69	14,07	69,02
	97-99	Hombre	0,00	2,23	3,09	16,55	56,33
		Mujer	0,00	2,84	5,68	15,15	74,06
Asturias	87-90	Hombre	0,00	1,38	1,94	0,00	5,99
		Mujer	0,00	0,97	0,00	5,06	5,06
	91-93	Hombre	0,00	0,00	2,46	4,07	33,79
		Mujer	0,00	0,00	0,00	12,35	13,87
	94-96	Hombre	0,00	0,00	0,00	0,00	24,37
		Mujer	0,00	1,07	1,43	3,90	27,47
	97-99	Hombre	0,00	0,00	0,00	0,00	51,34
		Mujer	0,00	0,00	3,85	3,78	48,03
Balears	87-90	Hombre	0,00	2,26	9,10	21,63	10,03
		Mujer	0,00	5,31	10,67	21,89	77,39
	91-93	Hombre	2,26	0,00	3,92	0,00	0,00
		Mujer	0,00	2,21	8,19	26,93	68,71
	94-96	Hombre	0,00	0,00	3,78	0,00	10,31
		Mujer	1,85	0,00	2,61	14,43	71,81
	97-99	Hombre	6,25	0,00	3,50	5,79	111,33
		Mujer	3,59	0,00	9,63	20,44	77,58
Canarias	87-90	Hombre	1,24	8,07	19,00	26,73	84,19
		Mujer	2,09	7,49	30,94	64,71	141,23
	91-93	Hombre	0,00	0,00	2,74	22,14	16,37
		Mujer	1,23	1,60	1,93	28,55	68,61
	94-96	Hombre	1,27	7,18	5,42	16,39	47,74
		Mujer	0,00	0,00	13,27	28,30	72,19
	97-99	Hombre	6,60	3,12	24,25	55,64	93,42
		Mujer	0,95	3,73	18,79	38,34	149,32
Cantabria	87-90	Hombre	0,00	0,00	4,17	0,00	13,74
		Mujer	0,00	0,00	2,62	7,73	38,32
	91-93	Hombre	0,00	0,00	10,50	8,53	14,59
		Mujer	0,00	0,00	3,31	18,65	6,01
	94-96	Mujer	2,19	2,49	3,19	12,69	58,83
		Hombre	5,05	0,00	4,38	7,72	34,31
	97-99	Mujer	0,00	0,00	14,68	20,11	52,70
		Hombre	0,39	1,69	1,37	6,25	19,94
Castilla y León	87-90	Mujer	0,69	0,84	4,34	8,47	32,67
		Hombre	0,00	0,64	0,93	5,27	25,86
	91-93	Mujer	0,00	0,52	1,89	10,14	24,55
		Hombre	0,00	0,52	1,89	10,14	24,55

(Sigüe)



Comunidad autónoma	Período	Sexo	65-69 años	70-74 años	75-79 años	80-84 años	85 años o más
	94-96	Hombre	0,47	0,56	1,76	6,52	34,67
		Mujer	0,00	0,93	2,47	9,42	29,01
	97-99	Hombre	0,47	1,06	5,15	3,86	23,52
		Mujer	0,00	1,77	2,76	4,61	38,65
Castilla-La Mancha	87-90	Hombre	0,61	0,00	5,59	17,83	33,69
		Mujer	0,00	2,02	7,92	16,92	35,04
	91-93	Hombre	0,00	0,00	0,00	8,90	21,42
		Mujer	1,37	0,83	8,35	8,71	48,29
	94-96	Hombre	0,00	1,72	2,79	10,72	32,07
		Mujer	0,00	1,50	3,03	18,99	44,30
	97-99	Hombre	0,72	0,82	0,00	6,35	55,91
		Mujer	0,00	0,72	3,62	22,53	54,49
Cataluña	87-90	Hombre	0,20	0,29	3,17	7,55	22,18
		Mujer	0,50	0,62	4,01	11,53	42,71
	91-93	Hombre	0,48	0,68	2,04	6,49	23,93
		Mujer	0,20	0,50	2,90	10,68	37,76
	94-96	Hombre	0,23	1,47	3,79	9,94	21,15
		Mujer	0,00	1,13	3,05	12,16	45,52
	97-99	Hombre	0,44	0,82	2,82	8,80	24,78
		Mujer	0,19	0,86	3,52	10,42	36,37
Comunidad Valenciana	87-90	Hombre	0,00	0,47	3,15	12,17	30,61
		Mujer	0,27	2,74	2,11	16,23	37,13
	91-93	Hombre	0,38	1,08	4,11	13,25	41,12
		Mujer	1,31	3,26	7,58	20,36	78,88
	94-96	Hombre	0,37	0,93	3,85	16,34	32,18
		Mujer	0,32	3,28	5,05	21,25	62,38
	97-99	Hombre	0,73	4,84	5,83	19,61	45,31
		Mujer	0,00	3,80	7,53	22,88	96,77
Extremadura	87-90	Hombre	2,13	4,84	1,97	6,18	17,43
		Mujer	0,00	1,13	4,99	7,30	44,92
	91-93	Hombre	0,00	0,00	2,82	16,05	13,42
		Mujer	0,00	1,39	0,00	11,38	26,01
	94-96	Hombre	0,00	0,00	2,62	12,38	11,87
		Mujer	0,00	1,26	5,09	15,62	28,73
	97-99	Hombre	1,21	1,47	6,50	0,00	37,95
		Mujer	0,00	3,60	4,55	15,82	63,64
Galicia	87-90	Hombre	0,00	2,18	6,40	7,13	27,89
		Mujer	0,99	2,28	5,90	9,94	25,53
	91-93	Hombre	0,52	2,02	4,70	8,55	30,78
		Mujer	0,85	1,45	7,07	19,48	54,81
	94-96	Hombre	0,99	1,24	3,57	5,56	22,47
		Mujer	0,82	1,83	3,95	23,10	30,71
	97-99	Hombre	0,94	6,46	9,76	22,80	71,42
		Mujer	2,33	1,77	7,94	25,60	72,47
Comunidad de Madrid	87-90	Hombre	0,31	0,00	0,00	1,14	4,05
		Mujer	0,24	0,29	1,08	5,48	14,68
	91-93	Hombre	0,36	1,57	0,00	2,58	9,19
		Mujer	0,28	0,36	0,91	6,42	22,33
	94-96	Hombre	0,00	1,34	2,20	4,70	15,84
		Mujer	0,53	0,00	3,43	4,08	29,56
	97-99	Hombre	0,00	1,19	3,08	10,12	34,01
		Mujer	0,50	0,88	2,66	8,77	31,00

(Sigue)

Comunidad autónoma	Período	Sexo	65-69 años	70-74 años	75-79 años	80-84 años	85 años o más
Región de Murcia	87-90	Hombre	2,71	0,00	5,51	9,22	41,63
		Mujer	1,16	4,54	5,47	13,32	86,60
	91-93	Hombre	0,00	0,00	10,82	11,39	49,40
		Mujer	1,33	3,58	7,16	13,33	69,72
	94-96	Hombre	0,00	0,00	6,58	5,59	91,60
		Mujer	1,25	4,60	8,95	32,21	102,80
	97-99	Hombre	0,00	3,45	2,69	10,72	36,00
		Mujer	1,22	1,38	7,74	24,71	105,63
Navarra	87-90	Hombre	0,00	0,00	4,04	0,00	0,00
		Mujer	0,00	2,28	2,71	4,10	30,20
	91-93	Hombre	0,00	0,00	0,00	8,00	13,44
		Mujer	0,00	0,00	0,00	14,17	45,52
	94-96	Hombre	0,00	0,00	4,86	7,65	58,19
		Mujer	0,00	0,00	13,13	4,35	27,67
	97-99	Hombre	0,00	5,92	0,00	44,59	0,00
		Mujer	0,00	0,00	2,98	29,17	95,99
País Vasco	87-90	Hombre	1,29	11,72	12,28	26,48	31,83
		Mujer	1,07	3,38	10,53	32,21	104,96
	91-93	Hombre	0,00	3,37	10,42	11,44	77,77
		Mujer	0,00	1,64	9,35	29,83	67,50
	94-96	Hombre	1,32	0,94	3,21	16,06	56,55
		Mujer	0,59	0,72	2,96	6,67	57,28
	97-99	Hombre	0,00	0,82	4,04	5,12	32,74
		Mujer	0,00	0,65	2,62	5,11	41,43
La Rioja	87-90	Hombre	0,00	0,00	7,31	11,93	47,30
		Mujer	0,00	4,33	15,34	14,97	35,27
	91-93	Hombre	0,00	0,00	9,71	29,11	24,88
		Mujer	0,00	5,22	0,00	9,02	87,82
	94-96	Hombre	0,00	0,00	0,00	0,00	43,49
		Mujer	0,00	0,00	6,36	25,90	54,95
	97-99	Hombre	0,00	0,00	0,00	14,21	40,36
		Mujer	0,00	0,00	16,97	0,00	9,94
Ceuta y Melilla	87-90	Hombre	0,00	0,00	31,85	0,00	0,00
		Mujer	0,00	0,00	0,00	29,00	45,83
	91-93	Hombre	0,00	0,00	38,27	0,00	0,00
		Mujer	0,00	0,00	0,00	31,57	43,63
	94-96	Hombre	0,00	0,00	0,00	0,00	36,95
		Mujer	0,00	0,00	0,00	0,00	36,95

bito-, en el período 1987-1999. Las defunciones y las variables necesarias (edad, sexo y comunidad autónoma de residencia) fueron solicitadas al Instituto Nacional de Estadística (INE). La estructura poblacional de los mayores de 65 años, agrupados por edad y sexo, se obtuvo de la página web del INE (<http://www.ine.es>), a partir de las estimaciones intercensales de los años objeto de estudio para cada comunidad autónoma.

Las variables se estudiaron agrupadas por períodos de tres años, excepto para el primer período que sería de cuatro años: 1987-1990, 1991-1993, 1994-1996 y 1997-1999.

Análisis de datos

Se llevó a cabo la construcción de indicadores básicos de mortalidad por comunidad autónoma y año: tasas específicas por edad y sexo, tasas ajusta-

das por el método directo por territorio (utilizando como población estándar la de España) y por período (utilizando como población estándar el período 1987-1990) y riesgos relativos de muerte, calculados como cociente de tasas, tomando el primer período a estudio para cada comunidad autónoma como población estándar. También se calcularon los intervalos de confianza al 95% para el riesgo relativo (17). Como denominador en la construc-


Tabla 3. Indicadores comparativos (tasas x 100.000 habitantes)

Comunidad autónoma	Período	Sexo	T. ajustada por territorio	T. ajustada por período	RR respecto al primer período	IC al 95% del riesgo relativo
Andalucía	87-90	Hombre	5,57	5,28	1,00	0,76-1,24
		Mujer	10,39	9,98	1,00	0,85-1,15
	91-93	Hombre	3,61	3,34	0,63	0,47-0,79
		Mujer	6,52	5,84	0,59	0,49-0,68
	94-96	Hombre	3,94	3,51	0,67	0,51-0,82
		Mujer	9,66	8,61	0,86	0,76-0,97
	97-99	Hombre	6,99	6,29	1,19	0,99-1,39
		Mujer	16,62	14,40	1,44	1,31-1,57
Aragón	87-90	Hombre	5,96	6,36	1,00	0,58-1,42
		Mujer	11,27	11,55	1,00	0,73-1,27
	91-93	Hombre	6,19	6,41	1,01	0,67-1,35
		Mujer	10,41	10,14	0,88	0,67-1,08
	94-96	Hombre	4,74	4,92	0,77	0,49-1,06
		Mujer	11,41	10,79	0,93	0,73-1,14
	97-99	Hombre	6,95	7,27	1,14	0,80-1,48
		Mujer	12,31	11,21	0,97	0,78-1,17
Asturias	87-90	Hombre	1,10	1,09	1,00	0,00-2,13
		Mujer	1,42	1,44	1,00	0,20-1,80
	91-93	Hombre	3,15	2,94	2,71	1,20-4,21
		Mujer	3,16	3,07	2,13	1,19-3,08
	94-96	Hombre	1,69	1,47	1,36	0,36-2,35
		Mujer	4,06	3,72	2,59	1,60-3,57
	97-99	Hombre	3,64	3,11	2,86	1,46-4,26
		Mujer	6,71	5,89	4,09	2,91-5,28
Balears	87-90	Hombre	5,44	5,56	1,00	0,35-1,65
		Mujer	13,82	14,30	1,00	0,65-1,35
	91-93	Hombre	1,55	1,58	0,28	0,00-0,58
		Mujer	12,98	12,86	0,90	0,63-1,17
	94-96	Hombre	1,38	1,40	0,25	0,00-0,52
		Mujer	10,83	10,20	0,71	0,48-0,94
	97-99	Hombre	11,35	10,40	1,87	1,20-2,54
		Mujer	14,54	13,62	0,95	0,70-1,21
Canarias	87-90	Hombre	14,51	14,39	1,00	0,66-1,34
		Mujer	31,16	30,10	1,00	0,80-1,20
	91-93	Hombre	4,09	4,03	0,28	0,13-0,43
		Mujer	12,19	11,03	0,37	0,27-0,46
	94-96	Hombre	8,56	8,10	0,56	0,37-0,76
		Mujer	14,32	12,89	0,43	0,33-0,53
	97-99	Hombre	20,29	19,86	1,38	1,08-1,68
		Mujer	27,13	23,38	0,78	0,65-0,90
Cantabria	87-90	Hombre	1,66	1,63	1,00	0,00-2,39
		Mujer	5,20	5,50	1,00	0,38-1,62
	91-93	Hombre	3,81	3,87	2,38	0,63-4,13
		Mujer	3,90	3,95	0,72	0,29-1,15
	94-96	Mujer	10,04	9,66	1,76	1,13-2,38
		Hombre	5,85	5,61	3,44	1,51-5,37
	97-99	Mujer	11,66	11,24	2,04	1,38-2,70
		Hombre	2,80	3,15	1,00	0,59-1,41
Castilla y León	87-90	Mujer	5,56	5,93	1,00	0,74-1,26
		Hombre	2,66	2,99	0,95	0,63-1,27
	91-93	Mujer	4,44	4,53	0,76	0,58-0,95
		Hombre				

(Sigue)

Comunidad autónoma	Período	Sexo	T. ajustada por territorio	T. ajustada por período	RR respecto al primer período	IC al 95% del riesgo relativo
	94-96	Hombre	3,76	4,12	1,31	0,95-1,67
		Mujer	5,17	5,10	0,86	0,68-1,04
	97-99	Hombre	3,52	3,73	1,19	0,85-1,52
		Mujer	6,01	5,67	0,96	0,78-1,14
Castilla-La Mancha	87-90	Hombre	5,43	5,93	1,00	0,62-1,38
		Mujer	7,78	7,76	1,00	0,71-1,29
	91-93	Hombre	2,43	2,63	0,44	0,24-0,65
		Mujer	8,43	8,04	1,04	0,79-1,28
	94-96	Hombre	4,38	4,60	0,78	0,51-1,04
		Mujer	8,42	7,73	1,00	0,77-1,22
	97-99	Hombre	5,11	5,26	0,89	0,62-1,15
		Mujer	10,15	9,08	1,17	0,94-1,40
Cataluña	87-90	Hombre	3,00	2,97	1,00	0,69-1,31
		Mujer	6,74	6,74	1,00	0,83-1,17
	91-93	Hombre	3,05	2,95	0,99	0,74-1,25
		Mujer	6,12	5,81	0,86	0,73-0,99
	94-96	Hombre	3,73	3,60	1,21	0,94-1,48
		Mujer	7,50	6,86	1,02	0,89-1,15
	97-99	Hombre	3,61	3,43	1,15	0,90-1,40
		Mujer	6,52	5,85	0,87	0,75-0,99
Comunidad Valenciana	87-90	Hombre	4,02	3,79	1,00	0,65-1,35
		Mujer	6,93	6,51	1,00	0,77-1,23
	91-93	Hombre	5,40	4,99	1,32	0,99-1,64
		Mujer	13,64	12,18	1,87	1,62-2,12
	94-96	Hombre	5,11	4,74	1,25	0,94-1,56
		Mujer	11,63	10,07	1,55	1,33-1,76
	97-99	Hombre	8,01	7,37	1,94	1,58-2,31
		Mujer	16,55	13,72	2,11	1,86-2,35
Extremadura	87-90	Hombre	4,21	4,30	1,00	0,41-1,59
		Mujer	6,53	6,78	1,00	0,61-1,39
	91-93	Hombre	3,22	3,49	0,81	0,36-1,26
		Mujer	4,61	4,54	0,67	0,41-0,93
	94-96	Hombre	2,64	2,88	0,67	0,27-1,08
		Mujer	6,60	6,50	0,96	0,65-1,27
	97-99	Hombre	4,77	4,63	1,08	0,62-1,54
		Mujer	11,19	10,35	1,53	1,16-1,89
Galicia	87-90	Hombre	4,35	4,62	1,00	0,65-1,35
		Mujer	5,88	6,14	1,00	0,76-1,25
	91-93	Hombre	4,59	4,78	1,03	0,75-1,32
		Mujer	10,36	10,49	1,71	1,45-1,97
	94-96	Hombre	3,51	3,58	0,78	0,54-1,02
		Mujer	8,04	8,00	1,30	1,08-1,52
	97-99	Hombre	11,48	11,59	2,51	2,09-2,92
		Mujer	14,42	13,86	2,26	1,98-2,54
Comunidad de Madrid	87-90	Hombre	0,50	0,47	1,00	0,02-1,98
		Mujer	2,51	2,52	1,00	0,66-1,34
	91-93	Hombre	1,46	1,36	2,87	1,54-4,21
		Mujer	3,54	3,37	1,34	1,03-1,65
	94-96	Hombre	2,38	2,19	4,62	3,02-6,23
		Mujer	4,58	4,25	1,69	1,36-2,02
	97-99	Hombre	4,40	3,94	8,33	6,31-10,35
		Mujer	5,61	5,07	2,02	1,68-2,36

(Sigue)



Comunidad autónoma	Período	Sexo	T. ajustada por territorio	T. ajustada por período	RR respecto al primer período	IC al 95% del riesgo relativo
Región de Murcia	87-90	Hombre	5,71	5,71	1,00	0,41-1,59
		Mujer	12,57	12,59	1,00	0,66-1,34
	91-93	Hombre	6,51	6,41	1,12	0,60-1,64
		Mujer	11,71	11,17	0,89	0,63-1,15
	94-96	Hombre	8,14	7,59	1,33	0,79-1,87
		Mujer	18,90	17,50	1,39	1,07-1,70
	97-99	Hombre	5,17	4,83	0,85	0,43-1,26
		Mujer	17,58	15,67	1,24	0,95-1,53
Navarra	87-90	Hombre	0,79	0,80	1,00	0,00-2,96
		Mujer	4,52	4,59	1,00	0,31-1,69
	91-93	Hombre	1,80	1,81	2,28	0,00-4,65
		Mujer	6,65	6,31	1,37	0,74-2,01
	94-96	Hombre	5,74	5,57	7,01	3,09-10,93
		Mujer	6,13	6,02	1,31	0,70-1,93
	97-99	Hombre	6,35	6,84	8,60	4,12-13,08
		Mujer	15,43	13,84	3,01	2,17-3,86
País Vasco	87-90	Hombre	10,88	10,40	1,00	0,69-1,31
		Mujer	17,65	17,85	1,00	0,81-1,19
	91-93	Hombre	9,23	8,36	0,80	0,58-1,02
		Mujer	13,36	12,94	0,72	0,60-0,85
	94-96	Hombre	7,00	6,21	0,60	0,42-0,78
		Mujer	8,04	7,37	0,41	0,32-0,50
	97-99	Hombre	3,86	3,33	0,32	0,19-0,45
		Mujer	6,07	5,37	0,30	0,23-0,37
La Rioja	87-90	Hombre	5,71	5,76	1,00	0,02-1,98
		Mujer	9,66	9,66	1,00	0,35-1,65
	91-93	Hombre	6,70	6,94	1,21	0,32-2,09
		Mujer	11,54	10,60	1,10	0,56-1,64
	94-96	Hombre	3,02	2,65	0,46	0,00-0,94
		Mujer	10,79	10,06	1,04	0,53-1,56
	97-99	Hombre	4,35	4,17	0,72	0,10-1,35
		Mujer	4,54	4,47	0,46	0,12-0,80
Ceuta y Melilla	87-90	Hombre	6,19	5,47	1,00	0,00-2,96
		Mujer	8,31	7,29	1,00	0,00-2,39
	91-93	Hombre	6,84	6,57	1,20	0,00-2,97
	94-96	Mujer	9,14	7,44	1,02	0,00-2,08
	97-99	Mujer	4,17	2,94	0,40	0,00-1,00

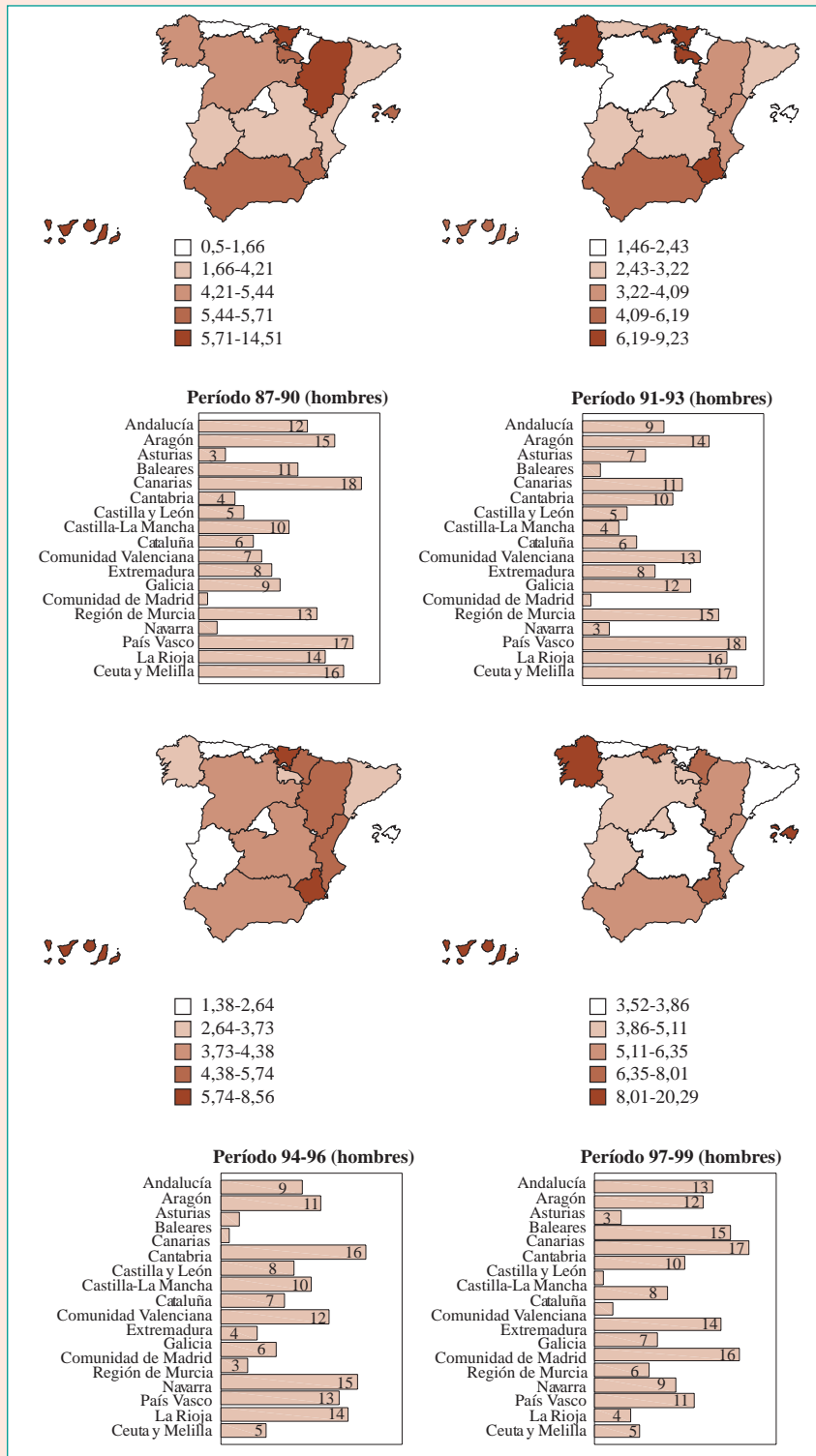
ción de indicadores se utilizaron las poblaciones de los años intermedios del período (la media de las poblaciones del año 1988 y 1989 para el primer período, el año 1992 para el segundo, el año 1995 para el tercero y el año 1998 para el cuarto período a estudio). Para la construcción de mapas de representación geográfica de los indicadores de mortalidad, por comunidad autónoma, se utilizó el programa informáti-

co 'ARCVIEW 3.0'. Para la evolución temporal se describieron las tendencias de los indicadores de mortalidad en cada comunidad autónoma.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se presentan las defunciones totales por comunidad autónoma, período y sexo. La Tabla 2 presenta las tasas específicas por grupos

quinquenales de edad, a partir de los 65 años y para cada comunidad autónoma, período y sexo. En la Tabla 3 se presentan los indicadores comparativos. Las Figuras 1 y 2 muestran la distribución geográfica de las defunciones según sexo, respectivamente, representadas por las tasas ajustadas, tomando como estándar la población española. Los gráficos que aparecen en las Figuras 1 y 2 muestran la posición relativa que ocupa cada



comunidad en cada período, de modo que la primera posición corresponde a la menor tasa ajustada de mortalidad del período y la última a la mayor. Así podemos comparar si en los distintos períodos se mantiene en esa posición relativa frente a las otras comunidades o por el contrario mejora o empeora.

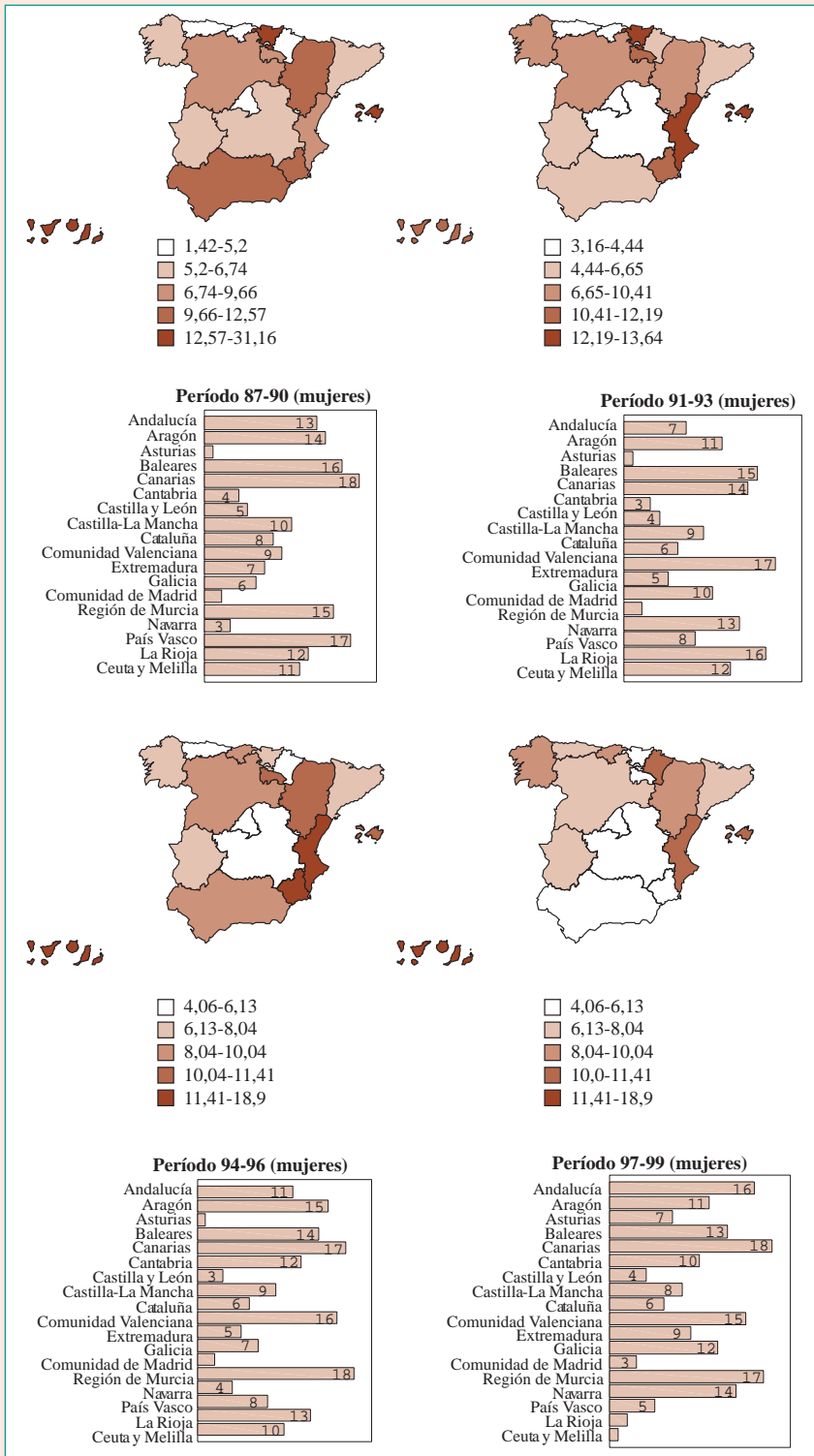
La Figura 3 muestra la evolución de las tasas ajustadas por el primer período, según comunidad autónoma y sexo. La Figura 4 representa la evolución del riesgo relativo por comunidades autónomas y sexo.

DISCUSIÓN

El conocimiento de la epidemiología de las UPP es una herramienta básica para el diseño de políticas sanitarias orientadas al abordaje de este problema, que ha sido considerado, tradicionalmente, como algo inevitable y asociado a la inmovilidad o a encontrarse postrado en una cama o en una silla de ruedas.

Este trabajo viene a complementar los estudios epidemiológicos sobre las UPP y pone de manifiesto que es un problema que afecta en su mayoría a personas de edad avanzada y que la probabilidad de que una persona muera como consecuencia de una UPP aumenta con la edad. También se pone de manifiesto que es un problema que afecta en mayor medida a las mujeres. Así encontramos tasas ajustadas que van hasta 20 defunciones por cada 100.000 habitantes en hombres y hasta 31 por cada 100.000 habitantes en mujeres, según comunidad autónoma y período estudiado.

Fig. 1. Distribución geográfica de las tasas ajustadas (población estándar, España) por comunidades autónomas y posición relativa según período. Hombres.



La distribución de la mortalidad es heterogénea tanto por comunidades autónomas como a lo largo del tiempo. No se observa una tendencia uniforme de la mortalidad por UPP en las diferentes comunidades autónomas. Son de destacar las comunidades de Asturias, Comunidad Valenciana, Madrid y Navarra por su tendencia al alza en la mortalidad a lo largo del período estudiado.

Asturias ha aumentado hasta 4 veces su riesgo de muerte por UPP en mujeres y casi 3 en hombres a lo largo del tiempo, pero cuando se compara con las otras comunidades por período (Figs. 1 y 2) se encuentra entre las mejores posiciones, o sea, con tasas de mortalidad relativamente más bajas que el resto de comunidades. Algo semejante ocurre con la Comunidad de Madrid que aumenta hasta 8 veces su riesgo relativo en hombres y 2 en mujeres, del 87 al 99, pero se mantiene en las mejores posiciones al compararse con las otras comunidades. La Comunidad Valenciana ha ido al alza tanto cuando se compara frente a ella misma en el tiempo (aunque de una manera más suave que Asturias o Madrid) como cuando es comparada con las otras comunidades para un mismo período. Navarra ha ido empeorando tanto en la evolución temporal (un riesgo superior a 8 en hombres y de 3 en mujeres) como en la posición relativa frente a las otras comunidades.

El caso contrario a los mencionados está representado por el País Vasco que parte de las posiciones más

Fig. 2. Distribución geográfica de las tasas ajustadas (población estándar, España) por comunidades autónomas y posición relativa según período. Mujeres.

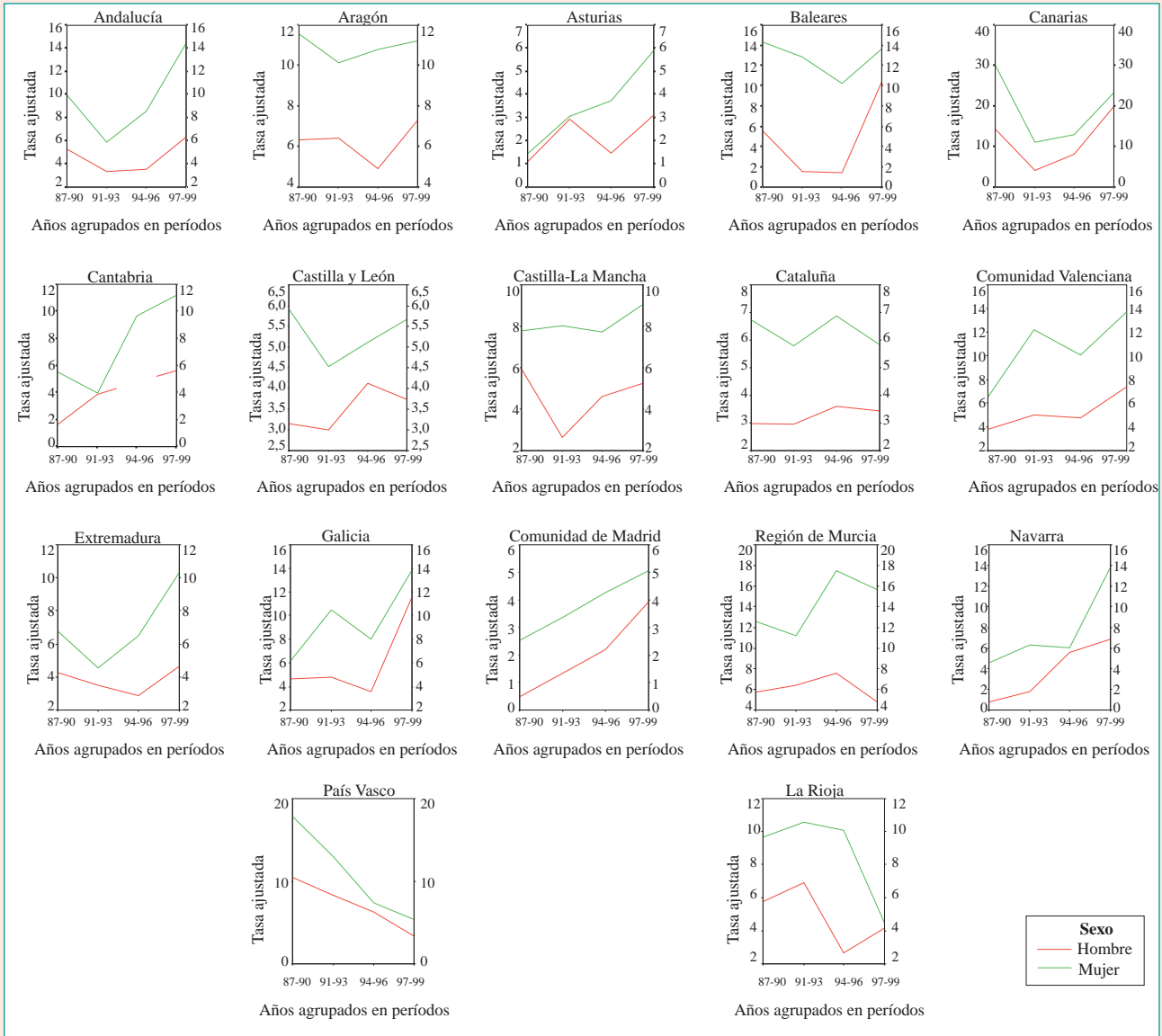


Fig. 3. Evolución de las tasas ajustadas (población estándar primer período).

desfavorables tanto en evolución temporal como en posición relativa frente a las demás comunidades. Es la única comunidad autónoma en la que se refleja una clara tendencia a la bajada de las tasas de mortalidad.

No obstante, y a pesar de los resultados que se mencionan, debe-

mos tener en cuenta los posibles sesgos y limitaciones del estudio que pueden hacer variar las interpretaciones y posibles hipótesis para futuras investigaciones:

- La información ha sido obtenida del Boletín Estadístico de Defunción (BED) a través del INE, por

tanto debemos tener en cuenta los posibles errores que se desprendan de esta fuente de información.

- ¿Las diferencias entre comunidades autónomas y entre períodos se deben a que los médicos registran más este tipo de causa de muerte y no otra? ¿Registran más unos médi-

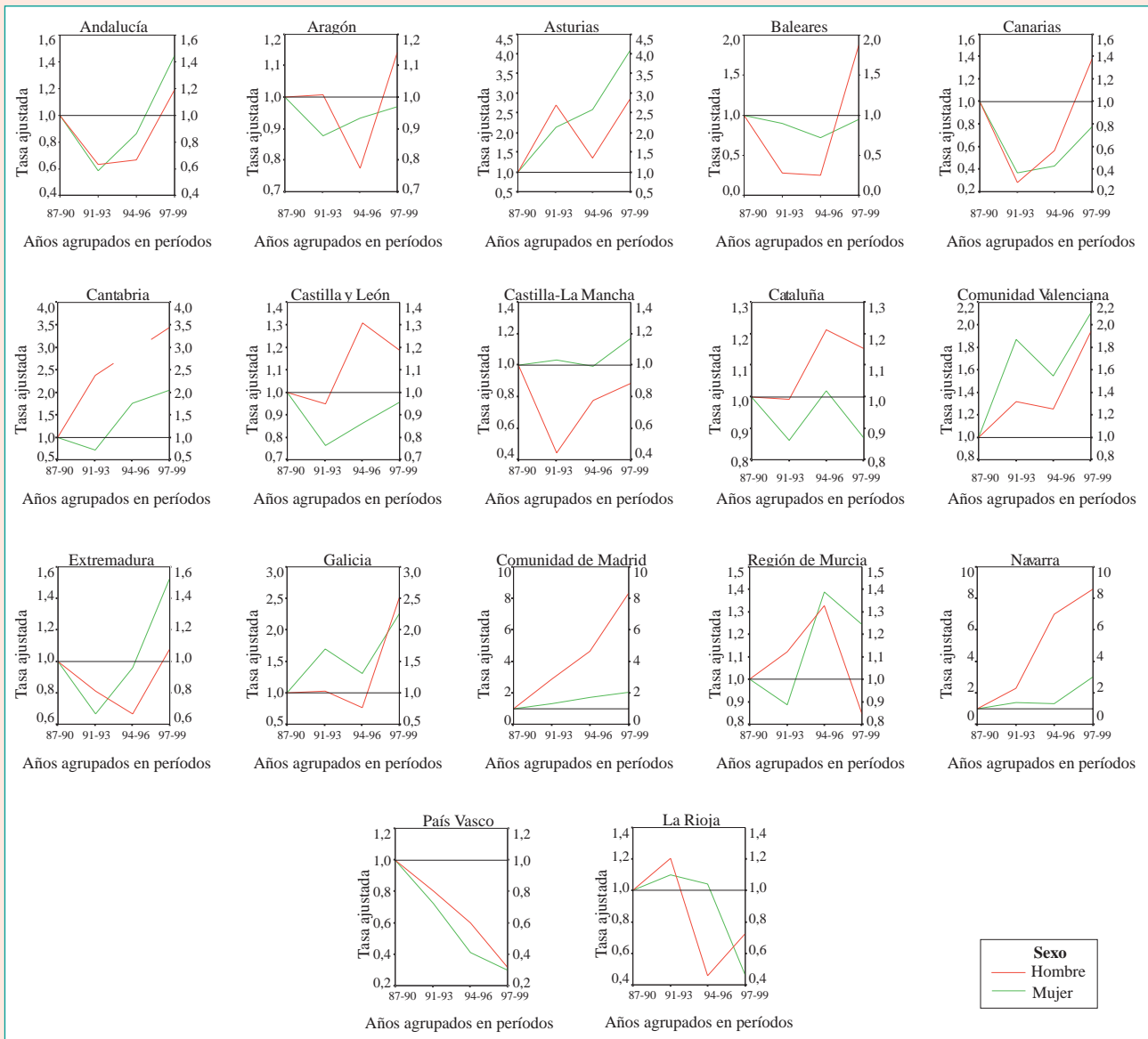


Fig. 4. Riesgo relativo respecto al primer período.

cos que otros esta causa de muerte? ¿Hay indicadores de calidad que contemplen las UPP en los planes y políticas de cada comunidad autónoma, y que por tanto, influyen en el resultado final?

Son preguntas que no pueden ser contestadas con este trabajo, aún así,

la hipótesis de los autores es que las UPP están registradas como causa básica de muerte a la baja y posiblemente aparezca un mayor número de ellas como causa mencionada y/o complementaria a la muerte de un individuo.

Para terminar, y tomando de nuevo una frase de la introducción de este tra-

bajo, las UPP, con los medios humanos y materiales disponibles, pueden ser evitadas en un 95%. ¿Quiere decir esto que todas las muertes descritas en este trabajo, o al menos el 95% de ellas, se podrían haber evitado por esta causa de muerte? Queda más o menos claro que si los grupos de población afectados ma-

60 yoritariamente por este tipo de lesiones (que incluye a las personas mayores y a aquellas que se encuentran encamadas o en silla de ruedas de manera crónica) hubieran tenido los medios de prevención y tratamiento adecuados no habrían llegado a desarrollar una UPP. El concepto de mortalidad evitable aparece en 1976 con Rutstein (18); él y sus colaboradores propusieron una serie de causas de morbilidad, incapacidad y muerte para las que si durante el proceso asistencial se hubiesen realizado todas las actividades de una manera correcta se hubiese evitado la enfermedad, la incapacidad o la muerte prematura.

La hipótesis en que se basa la mortalidad evitable considera a la atención médica en un sentido amplio, que incluye desde los conocimientos médicos, los recursos sanitarios públicos y privados, hasta la colaboración de los propios individuos en el cuidado de su salud y la calidad como el resultado de la atención médica sobre el individuo y la población que se mediría en niveles de salud tanto individuales como colectivos. A partir de esta propuesta se han llevado a cabo estudios de las tendencias de la mortalidad evitable, utilizando ésta como un indicador de calidad de los servicios sanitarios (19). Por otro lado, se ha cues-

226 tionado este uso de la mortalidad evitable, entre otros, argumentando que el concepto de evitable es difícil de establecer, como ha puesto de manifiesto la proliferación de listas publicadas, que incluyen o excluyen distintas causas según los criterios de los técnicos encargados de realizarlas. No obstante, nos preguntamos si la mortalidad por UPP podría llegar a considerarse como una causa de mortalidad evitable, teniendo en cuenta que, tradicionalmente, este problema ha sido considerado como un mal menor; pero que a la vista de los resultados podríamos considerarlo como “una epidemia bajo las sábanas”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anaya J *et al.* Estudio epidemiológico de las lesiones por presión en un hospital público. *Gerokomos* 2000; 11(2): 102-10.
2. Soldevilla JJ, Torra JE. Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la Comunidad Autónoma de la Rioja. *Gerokomos*. 1999; 10(2): 75-87.
3. Thoroddsen A. Pressure sore prevalence: a national survey. *Journal of Clinical Nursing*. 1999; 8: 170-9.
4. Kresevic DM, Naylor M. Preventing pressure ulcers through use of protocols in a mentored nursing model. *Geriatric Nursing* 1995; 16(5): 225-9.
5. Morison MJ (Ed.). *The Prevention and Treatment of Pressure Ulcers*. London: Mosby. Harcourt Publishers Ltd.; 2001.
6. Bergstrom N, Bennett MA, Carlson CE *et al.* Treatment of Pressure Ulcers. Clinical Practice Guideline 1994; N° 15. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication n° 95-0652.
7. Provo B, Piacentine L, Dean-Baar S. Practice versus knowledge when it comes to pressure ulcer prevention. *JWONC* 1997; 24(5): 265-9.
8. Torra JE. Epidemiología de las úlceras por presión o el peligro de una nueva torre de Babel. *Rev Rol de Enfermería* 1998; 238: 75-88.
9. Maklebust JA, Sieggreen M. Pressure Ulcers. Guidelines for prevention and management. Pennsylvania, Sprinhouse Corporation; 2000.
10. Torra JE, Rueda J, Soldevilla JJ, Martínez F, Verdú J. Primer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos* 2003; 14(1): 37-47.
11. Warren JB, Yoder LH, Young-McCaughan S. Development of a decision tree for support surfaces: a tool for nursing. *Medsurg Nursing* 1999; 8(4): 239-48.
12. Suntken G, Starr B, Ermer-Seltun JA, Hopkins L, Preftakes D. Implementation of a comprehensive skin care program across care settings using the AHCPR pressure ulcers prevention and treatment guidelines. *Ostomy/Wound Management*. 1996; 42(2): 20-32.
13. Allman RM. The impact of pressure ulcers on health care costs and mortality. *Advances of Wound Care*. 1998; 11(3 suppl): 2.
14. Howe GM. National atlas of Disease mortality in the United Kingdom. London: Nelson; 1970.
15. Gardner MJ, Winter PD, Taylor CP, Acheson ED. Atlas of cancer mortality in England and Wales 1968-1979.
16. Holland WW. European Community Atlas of 'Avoidable Death'. Oxford: Oxford University Press; 1988.
17. Breslow NE, Day NE. Statistical methods in Cancer Research. Vol II: The Design and Analysis of Cohort Studies. Lyon: International Agency for Research in Cancer, 1987.
18. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG 3rd, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care. A clinical method. *N Engl J Med* 1976; 294(11): 582-8.
19. Westerling R. "Avoidable" causes of death in Sweden 1974-85. *Qual Assur Health Care* 1992; 4(4): 319-28.

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

Las NORMAS DE PUBLICACIÓN para todos los interesados en el envío de artículos a la revista *Gerokomos* pueden encontrarse en la página web de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica <http://www.seegg.org>