

Muertes atribuibles al consumo del tabaco. Baleares, 1996

Macià. Tomás Salvá (*)

El consumo de tabaco es la causa aislada más importante de morbimortalidad prematura prevenible. De hecho, los fumadores a largo plazo padecen un 50% de probabilidades de morir prematuramente. En España, según datos del Instituto Nacional de Estadística, de cada mil muertes, una se debe a consumo de drogas opiáceas, dos se producen por SIDA, veinte son debidas a accidentes de tráfico y 135 se relacionan con el consumo de tabaco. Según el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, en los próximos quince años, más de 600.000 personas morirán por enfermedades provocadas por el tabaco.

Numerosos estudios epidemiológicos al estudiar el efecto del tabaco han calculado el número de casos de enfermedad o de muertes en la población atribuidas al factor de exposición. De esta forma, la Organización Mundial de la Salud estima que cada año mueren en el mundo unos cuatro millones de personas a causa del tabaquismo y prevé que el año 2030 será la primera causa de muerte en el mundo: con más de diez millones de muertes al año, se cobrará más vidas que el SIDA, la tuberculosis, la mortalidad materna, los accidentes de tráfico, los suicidios y los homicidios juntos.

Las estimaciones realizadas en España¹ por un estudio ya clásico sugieren que durante 1983 casi 40.000 personas murieron por causa del tabaco, lo que representa el 13% del total de muertes producidas en el mismo año. Las cuatro enfermedades rela-

cionadas con el tabaco que produjeron mayor número de muertes fueron la cardiopatía isquémica (27,2%), el cáncer broncopulmonar (20,9%), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (18,8%) y el accidente vascular cerebral agudo (16,7%). Un trabajo aproximativo² hacía responsable al tabaco del 13,7% de las 6.718 fallecimientos acaecidos en Baleares en 1989 y atribuía, en idéntico orden, a las mismas enfermedades la responsabilidad del mayor número de muertes.

El presente trabajo pretende realizar una aproximación al número de muertes producidas en Baleares en 1996 atribuibles al consumo de tabaco.

Material y método

Los datos de mortalidad por sexo y causas de muerte se han extraído del Movimiento natural de la población balear³ del año 1996. Se ha utilizado la lista detallada de la 9ª revisión de la Clasificación internacional de enfermedades y causas de muerte (CIE).

1) *Magnitud del efecto (riesgo relativo) del tabaco y número de muertes por diferentes enfermedades.* El riesgo relativo (RR) es una medida de asociación entre un factor de exposición y una enfermedad determinada; se obtiene dividiendo la incidencia de muertes por cada enfermedad en los expuestos al tabaco por la incidencia de muertes por la misma enfermedad entre los no expuestos al tabaco. Los resultados obtenidos para las distintas causas de muerte en diferentes estudios, aún siendo de gran consistencia, presentan cierta variabilidad en función de las poblaciones observadas y las distintas modalidades e intensidades de consumo de tabaco analizadas.

Se han utilizado las magnitudes de riesgo, obtenidas en los estudios longitudinales que gozan de mayor validez y precisión, transcritas por González Enríquez y cols¹. Se ha aplicado el mismo riesgo a varones y mujeres, al no disponer del valor de la magnitud del riesgo desagregado por sexos.

(*) Doctor en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo.

Siguiendo a los mismos autores hemos incluido en el estudio sólo aquellas causas de muerte para las que se ha obtenido de forma sistemática magnitudes de riesgo relevantes. Esas son: cardiopatía isquémica (CIE 410-414); accidente cerebrovascular agudo (CIE 430-438); enfermedad vascular periférica (CIE 440-448); enfermedad pulmonar obstructiva crónica (CIE 490-496); cáncer broncopulmonar (CIE 162); cáncer de laringe (CIE 161); cáncer de labio, bucal y faríngeo (CIE 140-149); cáncer de esófago (CIE 150); cáncer de vejiga (CIE 188); cáncer de páncreas (CIE 157); y cáncer de riñón (CIE 189).

2) *Frecuencia de la exposición al tabaco.* Fruto de una estimación razonable⁴ de la exposición de varones y mujeres en Baleares en el quinquenio 1985-89, se ha asumido que la proporción de varones fumadores a lo largo de dicho periodo fue del 47% mientras que la proporción media de mujeres fumadoras en el mismo periodo fue del 22 %. Se admite, pues, que la exposición al tabaco necesita un tiempo de inducción de 5 a 10 años para producir su efecto.

La *proporción de muertes atribuibles al tabaco en la población (PAP)* se ha obtenido para cada causa de muerte a través de la fórmula⁵

$$PAP = \frac{RR - 1}{RR + (1 / Pe) - 1}$$

donde PAP = población atribuible en la población; RR = riesgo relativo; Pe = población expuesta al tabaco.

La PAP es una medida de asociación, introducida por M.L. Levin⁶, que tiene en cuenta no sólo la magnitud del efecto del factor de exposición, sino también la proporción de población expuesta a ese riesgo. Da una idea del impacto que tendría en la incidencia de una enfermedad la eliminación de uno de sus factores de riesgo. De este modo, sirve para medir la magnitud del daño a la salud ocasionado por un factor de riesgo de una enfermedad.

El número de muertes atribuibles al tabaco para cada causa de muerte se ha obtenido multiplicando el número de muertes producidas por dicha causa por su correspondiente PAP, según sexo.

Resultados

El número de muertes atribuibles al consumo de tabaco, obtenido a través del método de cálculo propuesto, se eleva a 1.039, es decir, el 15,32% de todas las muertes (6.781) producidas en Baleares en el año estudiado. Del total de muertes atribuibles al tabaco, el 79,7% corresponden a varones (828) y el 20,3% a mujeres (211). Estas cifras suponen el 22,4% y el 6,8% de todas las muertes producidas en varones y mujeres, respectivamente, en 1996.

El 28,1% de las muertes atribuibles al tabaco se debieron a cáncer broncopulmonar (292), el 26,85% a enfermedad pulmonar obstructiva crónica (279), el 21,85% a cardiopatía isquémica (227) y el 10,39% a accidente vascular cerebral agudo (108).

Se observan importantes diferencias en la distribución por sexo y enfermedades de las muertes atribuibles al tabaco. Mientras que en los varones, sexo que contribuye con mayor número de muertes, la distribución por enfermedades es básicamente similar a la obtenida para ambos sexos, en las mujeres el 31,75% de las muertes atribuibles al tabaco se deben a cardiopatía isquémica (67), el 25,12% a enfermedad pulmonar obstructiva crónica (53), el 21,33% a accidente vascular cerebral agudo (45) y el 10,9% a cáncer broncopulmonar (23).

Globalmente, del total de muertes atribuibles al consumo de tabaco producidas por las enfermedades analizadas, el 34,65% se debe a enfermedades circulatorias (28,62% en los varones y el 58,29% en las mujeres), el 38,5% a tumores (44,08% en los varones y el 16,59% en las mujeres) y el 26,85% a enfermedad pulmonar obstructiva crónica (27,29% en los varones y el 25,12% en las mujeres).

Discusión

Aislar el efecto del tabaco es difícil pues se modifica por otras variables como la edad, el sexo, el nivel socioeconómico o la profesión y, por otra parte, la evaluación de la interacción del tabaco con otros factores como el alcohol y la contaminación atmosférica es aún incompleta.

Aunque existen numerosos estudios publicados que han detectado riesgos relevantes para otras causas de muerte distintas a las estudiadas en el presente trabajo, la inconsistencia, la escasa precisión o la ausencia de control de importantes factores de confusión nos ha determinado a no incluir estas muertes en el análisis. Es el caso de las muertes por úlcera péptica, cáncer de estómago, de hígado y de vías biliares, de cérvix uterino, de colon y recto y de muertes por otros procesos digestivos o respiratorios, así como suicidios, accidentes y otras muertes violentas. Un porcentaje de estas muertes es atribuible al tabaco y su no inclusión produce un sesgo hacia la infraestimación del número de muertes atribuibles al factor de exposición.

Otra limitación metodológica de nuestro estudio deriva de la falta de trabajos que precisen la prevalencia de fumadores pasivos en Baleares. Si la inhalación involuntaria del humo del tabaco en lugares cerrados puede ser peligrosa para la salud de las personas que sufren alguna enfermedad crónica (cardíacos, bronquíticos, enfisematosos, alérgicos, asmáticos, etc.), es conocido también que puede ser nociva para la salud de las personas sanas: están más expuestos a sufrir enfermedades del aparato respiratorio (bronquitis, neumonía) y tienen mayor riesgo de padecer cáncer, tanto broncopulmonar como de otras localizaciones, y enfermedades cardiovasculares.

Diferentes estudios prospectivos⁷ coinciden en señalar que el 80%, aproximadamente, del exceso de mortalidad está relacionado con la cardiopatía coronaria, otras enfermedades cardiovasculares, cáncer broncopulmonar y bronquitis crónica, enfisema y asma, enfermedades y porcentaje

que coinciden con los aportados por nuestras estimaciones.

Al comparar los resultados de nuestro estudio con el cálculo de las muertes atribuibles al tabaco en Baleares durante 1989 (tabla II) es preciso tomar en consideración, primero, los distintos porcentajes de población fumadora asumidos por ambos trabajos, lo que determina valores de PAP diferentes. Además, el estudio correspondiente a 1989 infravalora levemente las muertes por no cuantificar dos patologías (cáncer de vejiga y riñón). Con ello se aprecia un aumento de la cifra total de fallecimientos (121), debido fundamentalmente al incremento de los causados por enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cáncer broncopulmonar; por contra, se constata una disminución de las muertes por cardiopatía isquémica y accidente cerebrovascular agudo. Llama poderosamente la atención que, en Baleares, el número de mujeres que fallecieron a causa del tabaco entre 1989 y 1996 aumentó un 23,4% mientras que en el caso de los varones el incremento fue del 10,8%. Ello es congruente con la expansión del hábito tabáquico entre las mujeres en los últimos veinte años, en una tendencia que ha supuesto duplicar en Europa el número de muertes entre el colectivo femenino y que hace prever que las nuevas muertes aumenten en este sexo.

Los resultados ofrecidos, si bien pretenden ser tan solo una estimación razonable, demuestran la influencia catastrófica del tabaco sobre la salud de la población balear y el alto porcentaje de muertes cuya reducción esperaríamos obtener si se evitara totalmente la exposición tabáquica. Quizá sea el tabaco el factor de riesgo para la salud potencialmente más modificable⁸ y la intervención más eficaz para controlar su adicción es la prevención del inicio de su consumo. Los poderes públicos deben incrementar sus esfuerzos para desaconsejar a los adolescentes el inicio del consumo de tabaco, prohibir cualquier tipo de publicidad y reforzar la oferta pública de tratamiento especializado.

Bibliografía

- 1.-González Enríquez, F.; Rodríguez Artalejo, F.; Martín Moreno, J.; Banegas Banegas, J.R.; Villar Álvarez, F. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España. *Med Clín (Barc)* 1989; 92: 15-18.
- 2.-Benito, E.; Font, C.; Gogorcena, M.A.; Pons, O.; Roses, V. *El tabaquismo en Baleares. Situación y propuestas para su abordaje*. Palma de Mallorca: Insalud Baleares-Junta de Baleares de la Asociación Española contra el cáncer, 1993.
- 3.-Institut Balear d'Estadística. *Moviment Natural de la població. Defuncions 1996*. Palma de Mallorca: Conselleria d'Economia i Hisenda, 1998.
- 4.-Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Estadísticas de salud 1978-87. Madrid; Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991; Pons, O.; Benito, E.; Catalán, G. et al. Estudio de la prevalencia del tabaquismo en Mallorca. *Gaceta Sanitaria* 1992; 28 (6): 25-29.
- 5.-Rothman K.J. *Epidemiología moderna*. Madrid: Editorial Díaz de Santos, 1987.
- 6.-Levin, M.L. The occurrence of lung cancer in man. *Acta Un Intern Cancer* 1953; 9: 531-541.
- 7.-Comité de expertos de la OMS en lucha antitabáquica. *Consecuencias del tabaco para la salud*. Serie informes técnicos, nº 568. Ginebra, 1974.
- 8.-McGuinnis, J.M.; Foegue W.H. Actual causes of death in the United States. *JAMA* 1993; 270: 2207.

Enfermedad	Código CIE	Nº de muertes (1996)		Riesgo rel.	PAP %		Muertes atribuibles: nº de casos		
		Varones	Mujeres		Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Total
Cardiopatía isquémica	410-414	386	271	2.5	41.34	24.81	160	67	227
A.C.V. agudo	430-438	332	450	1.5	19.03	9.91	63	45	108
Enferm. vasc. perifér.	440-448	74	114	1.5	19.03	9.91	14	11	25
E.P.O.C.	490-496	270	75	12	83.79	70.76	226	53	279
Ca. broncopulmonar	162	332	34	10	80.88	66.44	269	23	292
Ca. de laringe	161	22	0.0	6	70.15	52.38	15	0.0	15
Ca. labio, bucal y faríngeo	140-149	23	4	6	70.15	52.38	16	2	18
Ca. de esófago	150	32	3	5	65.27	46.81	21	1	22
Ca. de vejiga	188	59	9	2.5	41.34	24.81	24	2	26
Ca. de páncreas	157	24	33	2	31.97	18.03	8	6	14
Ca. de riñón	189	29	3	2.5	41.34	24.81	12	1	13
TOTAL		1,583	996				828	211	1,039

Tabla I: Muertes atribuibles al consumo de tabaco. Baleares, 1996

Frecuencia de exposición al tabaco: varones, 60%; mujeres, 15%			
Enfermedad	Muertes atribuibles: nº de casos		
	Varones	Mujeres	Total
Cardiopatía isquémica	223	48	271
A.C.V. agudo	82	38	110
Enferm. vasc. perifér.	38	18	56
E.P.O.C.	156	44	200
Ca. broncopulmonar	213	17	230
Ca. de laringe	26	1	27
Ca. labio, bucal y faríngeo	20	0.0	20
Ca. de esófago	27	2	29
Ca. de páncreas	10	3	13
TOTAL	747	171	918

(E. Benito y cols. *El tabaquismo en Baleares*. Palma: INSALUD-AECC: 15)

Tabla II: Mortalidad atribuible al tabaco. Baleares, 1989