

Mortalidad atribuible al hábito de fumar en un área de salud

Mortality due to smoking habit in a health area

Dr. Sergio de la Paz Carmona; Ismael Ferrer Herrera; Alina de la Paz Carmona; Yanet Loret de Mola Bueno

Policlínico Comunitario Docente Ignacio Agramonte. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Con el objetivo de conocer la mortalidad atribuible al hábito de fumar en la población de 35 años y más del Policlínico Ignacio Agramante del municipio Camagüey, se realizó un estudio de casos y controles durante 1997. Se aplicó una encuesta modificada del estudio cubano sobre grupo familiar, a un familiar allegado de cada uno de los 119 fallecidos, que constituyeron el universo de estudio. Los datos se procesaron automatizadamente. La tasa de mortalidad general fue de 15,6 x1000 habitantes de 35 años y más, mientras que la atribuible al tabaquismo de 3,8 x1000. El 40% de los fallecidos tenían riesgo de morir por fumar, con predominio de los hombres y una esperanza de vida de seis años menos, más del 50% falleció por causas atribuibles al tabaquismo, predominantemente por tumores malignos relacionados con el hábito de fumar, la arteriosclerosis y la bronquitis crónica, a pesar de que morir por fumar no se comportó como factor de riesgo.

DeCS: TABAQUISMO; MORTALIDAD.

ABSTRACT

A study of cases and controls was performed with the aim of knowing mortality due to smoking habit in a population of 35 years and older at "Ignacio Agramonte" Polyclinic of Camagüey municipality during 1997. A modified survey of

the cuban study about family groups was applied to a close family members of each of the 119 deceased who were the study universe. Data processed in a computer. The general mortality rate was $15,6 \times 1000$ in habitants of 35 years and older , while that of smoking was $3,8 \times 1000$. The 40% of deceased had death risk for smoking, prevailing men and a life expepectancy discounting 6 years. More than 50% died due to smoking causes, arerioclerosis, and chronic bronchitis, eventhough smoking mortality was not a risk factor.

DeCS: SMOKING; MORTALITY.

INTRODUCCIÓN

La nocividad del tabaquismo está relacionada con el alquitran y el monóxido de carbono liberado por su combustión, así como la nicotina y miles de otros compuestos químicos como hidrocarburos policíclicos y aromáticos (1-4), que asocian este hábito a las muertes por cáncer de pulmón, cavidad oral, laringe y tráquea, esófago, páncreas, riñón, vejiga y cuello uterino, además de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y vascular periférica, enfisema y bronquitis crónica (5-9). Alrededor de un tercio de la población mundial mayor de 15 años fuma (3,10), y nuestro país ocupa el tercer lugar entre los países consumidores de tabaco en el mundo (6,11,12), por lo que resultó de gran interés incluir a Cuba en el estudio multicéntrico (México, China, India, Egipto, Polonia y Brasil) sobre tabaco o salud, en colaboración con la unidad de ensayos clínicos de la Universidad de Oxford, Inglaterra , al ser un país productor de tabaco por una parte contar con un subsistema de atención primaria por médicos de la familia, que garantizan la factibilidad de la investigación Camagüey resultó seleccionada entre las provincias participantes para el estudio de una cohorte por 20 años. El presente trabajo muestra la mortalidad por hábito de fumar en un área de salud en un año.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de casos y controles para conocer la mortalidad atribuible al tabaquismo, en la población de 35 años y más del área de salud atendida por el Policlínico Comunitario Docente "Ignacio Agramonte", del Municipio Camagüey durante 1997, a través del llenado por los autores de la encuesta modificada del

Estudio Cubano sobre Grupo Familiar, la cual fue aplicada a un allegado de más de 30 años o más (viudo-a, hermano-a, padre o madre, hijo-a, que hubiera vivido con el fallecido por lo menos 10 años antes de su muerte). La fuente primaria de datos la constituyó el registro de defunciones del departamento de estadísticas del Policlínico, donde se obtuvo el universo de estudio representado por 119 fallecidos de 35 años y más, correspondientes al año 1997. Los casos lo constituyeron todos los fallecidos que murieron por alguna causa atribuible al hábito de fumar, mientras que los controles, los fallecidos por causas no atribuibles al tabaquismo, que murieron en igual período de tiempo procedentes de la misma área de salud y de 35 años y más. Las variables estudiadas en relación a los fallecidos fueron: grupo de edades, sexo si fumó en algún momento de su vida, por un año o más, si fumaba el mes antes de morir, si fumaba hace 10 años o más si no fumaba en el mes anterior a su muerte, y cuándo dejó de fumar?. Los datos se procesaron automatizadamente por los paquetes estadísticos Microstat y Epiinfo y los métodos que se emplearon fueron estadísticas descriptivas, distribución de frecuencia, test de hipótesis de proporciones, se trabajó con una confiabilidad del 95% y se calculó el riesgo de morir atribuible al hábito de fumar según la razón de disparidad ($OR > 1$), los límites de intervalos de confianza (IC) y el valor de $P < 0,05$ (significación estadística). Los resultados se expresan en textos y tablas.

Definiciones operacionales:

- **Fumador:** Se consideró al fallecido que fumó en algún momento de su vida por un año o más regularmente y lo hacía en el mes anterior a su muerte.
- **No fumador :** Se consideró al fallecido que no fumó en algún momento de su vida por un año o más regularmente.
- **Exfumador:** Se consideró al fallecido que fumó en algún momento de su vida por un año o más regularmente y no lo hacía en el mes anterior a su muerte.
- **Riesgo de morir por fumar:** Se consideró presente en el fumador desde hace 10 años o más y en el exfumador que dejó de fumar posterior a 1987 (menos de 10 años).

RESULTADOS

Los 119 fallecidos de 35 años y más del Policlínico de estudio durante 1997, se distribuyeron equitativamente en relación al sexo ($P > 0,05$), predominando los de 75 a 84 años con 39 para un 32,77%, con franca tendencia al aumento hasta ese grupo de edades. La tasa de mortalidad en esta población específica fue de 15,6 x1000 habitantes. De los fallecidos el 39,49% tenían el riesgo de morir por fumar,

procedimiento entre los hombres, 37 para el 78,7%, lo que representó a su vez que el 62,1% de los fallecidos masculinos tenían riesgo de morir por fumar. Esta diferencia resultó altamente significativa $P= 0,31 \times 10^4$. Hubo más fallecidos proporcionalmente entre 55 y 74 años entre los que tenían riesgo de morir por fumar que entre los que no tenían. La media de edad en los primeros fue de 73 años y 79 en los segundos, lo que significó seis años menos de vida para cada persona. El 90% de los fallecidos murió por enfermedades no transmisibles, ocupando los primeros lugares por orden de frecuencia las enfermedades del corazón, los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares y las muertes violentas.

La tabla 1 relaciona los fallecidos según causa básica de muerte atribuible (casos) o no (controles) al hábito de fumar. Fallecieron 64 para un 53,76% de causas atribuibles, lo que representó una tasa de 3,8 x1000 habitantes de 35 años y más.

Tabla 1. Fallecidos por causas básicas de muerte atribuibles o no al hábito de fumar

Causas Básicas de muerte	Atribuibles (Casos)		No Atribuibles	
	No	%	No	%
Enf. Del corazón (333-429)	29	45,39	6	10,50
Tumores malignos (140-208)	20	31,25	14	25,45
Enf. Cerebrovasculares (430-438)	9	31,25	14	25,45
Muertes violentas (800-949)	-	-	11	20,00
Neumonía (481-486)	-	-	8	14,54
Arteriosclerosis (440)	5	7,81	-	-
Diabetes mellitus (250)	-	-	4	7,27
Bronquitis crónica (490-492)	1	1,56	-	-
Asma Bronquial (493)	-	-	1	1,81
Otras Causas	-	-	8	14,50
Total	64	100,00	55	100,00

Fuente: Encuesta

Entre los fallecidos por causas atribuibles al hábito de fumar (casos), el 45,31%, tenían riesgo de morir por fumar, contra el 37,72% de los fallecidos por causas no atribuibles (controles). Al analizar el Odds Ratio es mayor que 1 (1,7); pero la probabilidad ($p=0,163225$) es mayor que 0,05, por lo que no se comportó como un factor de riesgo en la serie estudiada.

Tabla 2. Casos y controles según riesgo de morir por fumar

Riesgo de morir Por fumar	Casos		Controles	
	No	%	No	%
SI	29	45,31	18	32,72
NO	35	54,68	37	67,27
Total	64	100,00	55	100,00

Al analizar la distribución de las causas básicas de muerte atribuibles al tabaquismo, según el riesgo o no de morir por fumar, entre las primeras predominaron los tumores malignos relacionados con el hábito de fumar, la arteriosclerosis y la bronquitis crónica, mientras que en los exentos de riesgo, las enfermedades del corazón y las cerebrovasculares.

DISCUSIÓN

La serie de fallecidos estudiada nos mostró la diferencia en cuanto al sexo, al contrario de otros estudios (13-15) que señalan el predominio de uno y otro sexo, preferentemente una sobremortalidad masculina. En relación a la edad, se comporta según lo esperado (15).

La prevalencia del hábito de fumar en la población adulta en la mayoría de los estudios nacionales o foráneos, es de aproximadamente del tercio de esta población (3,10). No encontramos reportes de riesgo de morir por fumar, el que resultó superior, casi el 40%, aunque se trató de una población mayor (35 años y más) donde predominó el sexo masculino.

Los fallecidos con riesgo de morir por fumar murieron seis años antes como promedio que los que no tuvieron este riesgo, lo que coincide con lo reportado por otros autores (11,15-18).

Las primeras causas básicas de muerte coincidieron con los reportes estadísticos nacionales e internacionales (11,14,16,19,20), destacándose que más de la mitad de los fallecidos, murieron por causas atribuibles al tabaquismo.

Aunque el riesgo de morir por fumar predominó entre los casos (fallecidos por causas atribuibles al hábito de fumar), éste no se comportó como un factor de riesgo.

Las causas básicas de muerte atribuibles al tabaquismo (tasa de 3,8 x1000 habitantes de 35 años y más), que predominaron entre los fallecidos con riesgo de morir por fumar fueron: los tumores malignos relacionados con éste, la arteriosclerosis y la bronquitis crónica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kottke IE, Batista RN, De Ferst GH. Attributes of succesful smoking assation intervention in medical practice: a meta- analysis of 39 controlled trialds. Jawa 1990; 288-389.
2. Will M, Davis BR, Meyers DG. Prevalence and correlates of symptomatics peripheral ateroesclerotic in individuals with coronary heart disesease and cholesterol. Baseline results from the cholesterol and recurrent events (care) study. Angiology 1996,47(6):533-41.
3. Krizt H, Schuno-Sinziger H. Passive smoking and cardiovascular risk. Arch inter med 1995;155:1942-48.
4. Giovino G, Erishen M, Kenna I. The vital diversity of Tobace control research. Am Jr Pub Health 1992;82(9):203-05.
5. Organización Panamericana de la Salud. Abuso de drogas. Washington DC: OPS; 1990.
6. Reemer R. Acción legislativa contra la epidemia mundial de tabaquismo. 2ed Ginebra: OMS, 1995.
7. Stephen L, Resmard I. Smoking and health a phisician responsability. Chest 1995;108 (4):118-22.
8. López A. Smoking and mortality from cardiovascular diseases. Heart Beat 1992;2:9-10.
9. Doll R, Pete R, Wheatley K. Mortality in pecation to smoking: 40 years observation on male british doctors. Br Mee 1994;309:901-11.
10. Peto R, López A. Expects at Buenos Aires conference predic pandemic of tobacco. Health 1994;267:3855-56.
11. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos. Washington DC: OPS; 1996.

12. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000. La Habana: Minsap. 1992. P.5.
13. Ochoa Sola R. Bonet Corbea N. Fundamentos de la lucha contra enfermedades crónicas y su dispensarización. Rev Cub Med Gen Integr 1992;8(3):190-94.
14. Rocabrana Mederos JC. Prieto Ramos O. Gerontología y Geriatria Clínica. La Habana: Ciencias Médicas; 1992. P 137.
15. Ríos Massabot E. Evaluación de la Mortalidad en Cuba en un trienio de cada década del período revolucionario. Rev Cub Med Gen Integr 1987; (Supl):44-77.
16. Chávez Martínez F. Riesgo de morir por cáncer en Cuba. Rev Cub Oncol 1997;13(1):128-33.
17. Sunger J, Lamarga R, Alonso I. Unitat de marca respiratoria ambiental. Instituto Municipal de investigaciones médicas. Barcelona, Spain. Am Jr Epidemiol 1998;148(6):575-80.
18. Orthridge ME, Moraiba A, Ganz ML. Contribution of smoking to excess mortality in Harlem. Columbia School of Public Health 1998;147(3):250-8.
19. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico 1995. La Habana: Minsap; 1996.
20. Mc Credic M, Coats U, Day P. Changes in cancer incidence and mortality in New South Wales. Med J Aust 1995;163(10):520.

Recibido: 12 de marzo de 2000

Aprobado:15 de junio de 2001