

VIGILANCIA DEL CONSUMO DE TABACO, DE LA EXPOSICIÓN AMBIENTAL AL HUMO DE TABACO Y DE LA MORTALIDAD ATRIBUIBLE AL TABAQUISMO EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Resultados del sistema de Vigilancia Integral del Tabaquismo (VITa). Informe 2015. Servicio de Epidemiología

Informe elaborado por: Dra. Lucía Díez-Gañán. Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Correo electrónico: lucia.diez@salud.madrid.org.

Cita: Díez-Gañán L. Vigilancia del consumo de tabaco, de la exposición ambiental al humo de tabaco y de la mortalidad atribuible al tabaquismo en la Comunidad de Madrid. Resultados del sistema de Vigilancia Integral del Tabaquismo (VITa). Informe 2015. Madrid: Consejería de Sanidad; 2015.

INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco sigue siendo la principal causa aislada de morbilidad y mortalidad prematuras evitables en la Comunidad de Madrid¹⁻⁵, al igual que en el resto de las regiones de nuestro entorno socioeconómico (España, Unión Europea, Estados Unidos, Canadá y otros países desarrollados)⁶⁻¹¹ y una causa cada vez más importante en el resto del mundo. El tabaco es un producto tóxico. Incluye más de 5000 sustancias tóxicas en su composición: cancerígenos, tóxicos cardiovasculares, tóxicos respiratorios, capaces de lesionar cualquier órgano del cuerpo humano⁷. El tabaquismo se asocia a las enfermedades que globalmente constituyen las principales causas de morbimortalidad en la región de Madrid en la actualidad¹⁻⁵: cáncer (entre ellos, el cáncer de esófago, laringe, pulmón, boca y garganta, vejiga, riñón, páncreas, cuello uterino), enfermedades coronarias y cardiovasculares y enfermedades respiratorias crónicas, así como a efectos nocivos sobre el aparato reproductivo con una disminución de la fertilidad y numerosos trastornos odontológicos. Además, el hábito de fumar puede ser prevenido primariamente y alterado voluntariamente, sobre todo con ayuda de programas de promoción de la salud. Existen también evidencias sobre la reducción del riesgo de muerte por dichas enfermedades tras la cesación del hábito de fumar⁷.

La Comunidad de Madrid dispone de un Sistema para la Vigilancia Integral del Tabaquismo (VITa)¹². Este sistema, coordinado por el Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad, integra diversos sistemas de información que se han venido desarrollando desde 1995 (SIVFRENT-A¹³, SIVFRENT-J¹⁴, Encuesta de Tabaco de la Comunidad de Madrid 2005, 2007 y 2013¹², Mortalidad atribuible al tabaquismo en la Comunidad de Madrid¹²). Esto ha permitido conocer la evolución de la epidemia de tabaquismo en la región durante todo este tiempo.

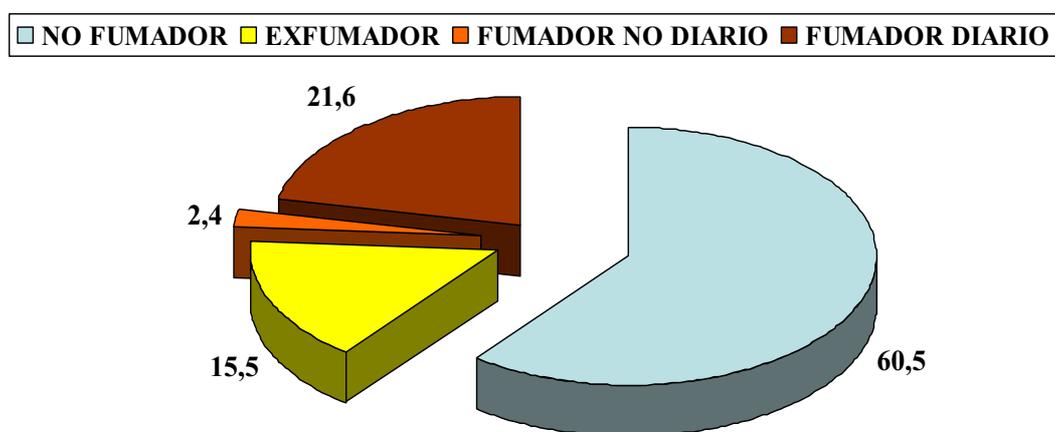
En este informe se presentan los resultados hasta 2014, el último año disponible.

1. PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO

1.1. Prevalencia en población adulta

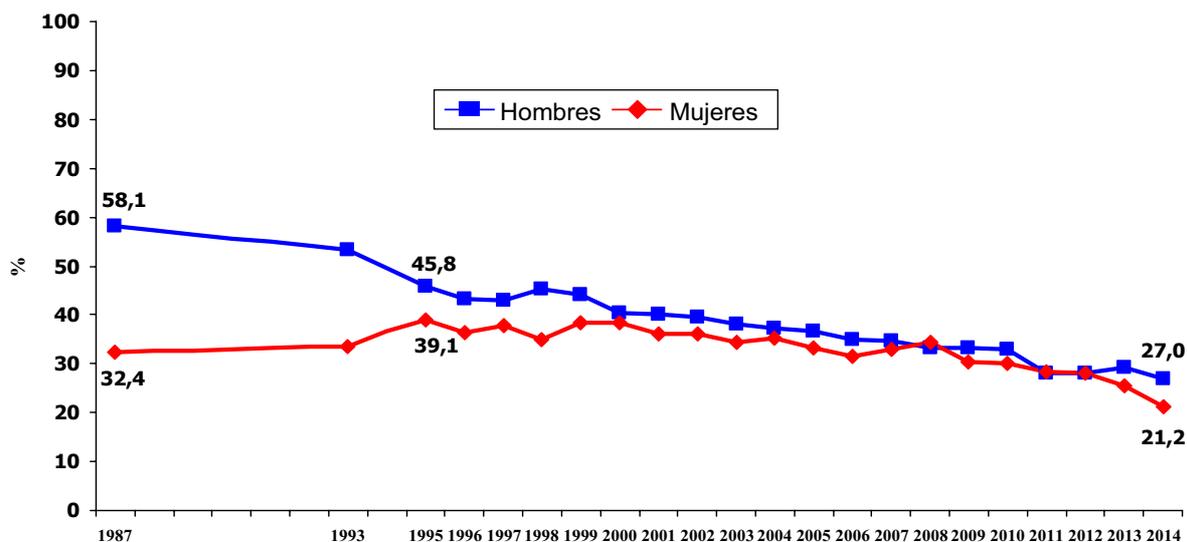
En el año 2014, el 24,0% de la población de 18 a 64 años eran fumadores habituales (un 21,6% diarios y un 2,4% ocasionales), el 60,5% no fumaban y el 15,5% eran exfumadores (Figura 1). La situación por sexo se presenta en la Figura 2. En los hombres se registró una prevalencia global de consumo de tabaco (fumadores diarios u ocasionales) de 27,0%. En mujeres, la prevalencia global de fumadoras fue 21,2%.

Figura 1. CLASIFICACIÓN SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE TABACO. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID, 2014



SIVFRENT-A, 2014. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

Figura 2. EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE FUMADORES, 1987-2014. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID



Encuesta Nacional de Salud, 1987 y 1993. Ministerio de Sanidad y Consumo

SIVFRENT-A, 1995-2014. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Por edad, en 2014, la prevalencia de fumadores en hombres fue menor en los de 18-29 años con un 17,3%, seguida de los de 45-64 años y los de 30-44 años, ambos con

cifras casi iguales (29,4% y 29,7%, respectivamente) (Figura 3). En las mujeres, la menor prevalencia de tabaquismo se registró en las de 30-44 años, con un 19,5%, seguido de las de 18-29 años (21,1%) y las de 45-64 años (23,0%) (Figura 4).

Según el nivel socioeconómico, en 2014, en los hombres se observó un gradiente en la prevalencia de tabaquismo, aumentando ésta al disminuir el nivel educativo, desde el 20,6% de fumadores actuales entre los de mayor nivel educativo pasando por el 24,2% y el 38,3% en los de nivel medio-alto y medio-bajo, respectivamente, hasta el 41,5% en los de nivel educativo más bajo (Figura 5). En las mujeres se observó un discreto gradiente en la dirección inversa, aumentando ligeramente la prevalencia de fumadoras al aumentar el nivel educativo, desde el 20,2% de fumadoras en las de nivel más bajo, pasando por el 20,5% y el 21,1% en las nivel medio-bajo y medio-alto, respectivamente, hasta el 21,7% en las de mayor nivel educativo (Figura 6).

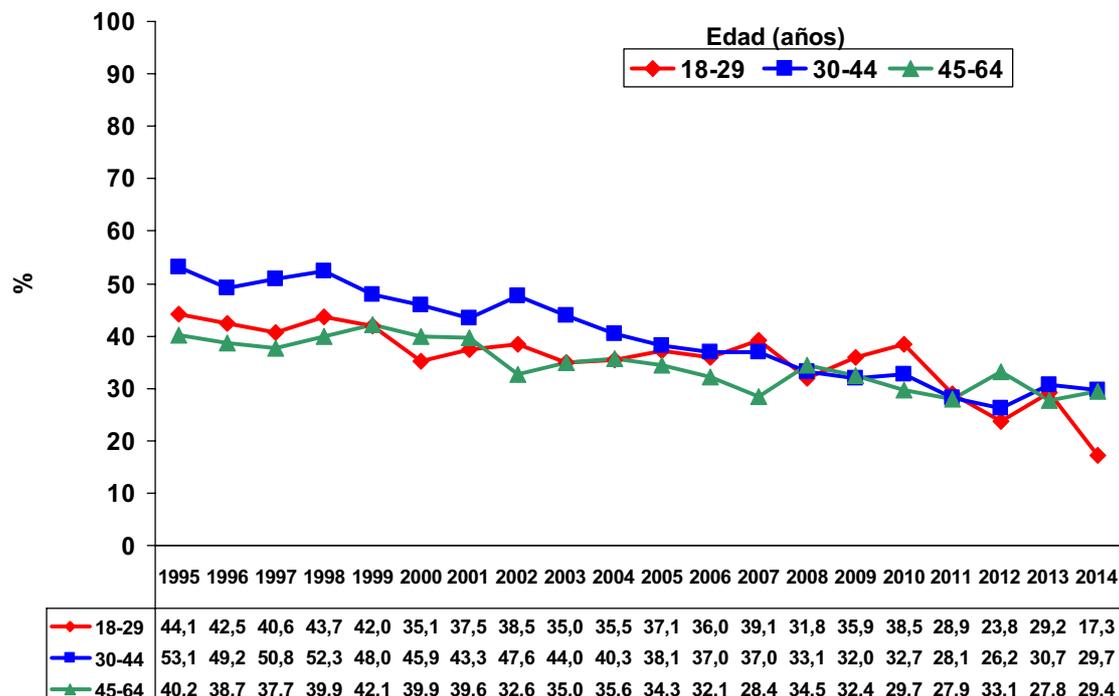
Respecto a las tendencias, la prevalencia de fumadores actuales (diarios y ocasionales) del 24,0% registrada en 2014 mantuvo la tendencia descendente registrada por el SIVFRENT desde 1995. Entre 1995 y 2014 la prevalencia de consumo de tabaco disminuyó globalmente un 43,4% (un 41,0% en hombres y un 45,8% en mujeres). En las figuras 2 a 4 podemos apreciar importantes cambios en el consumo, observando algunas variaciones en la evolución en los diversos subgrupos poblacionales.

En los hombres se observa una tendencia descendente del tabaquismo desde 1987, aunque desde 1995 la magnitud del descenso fue menor que la observada en la década de los años 1980 y primera parte de la década de 1990. Entre 1987 y 2014 la prevalencia de fumadores en hombres se redujo más de la mitad (reducción del 53,5%). En las mujeres, la máxima prevalencia se alcanzó entre 1995 y 2000, disminuyendo a partir de entonces con una pendiente similar a la observada en los hombres. Entre 1995, año en el que se registró la máxima prevalencia de fumadoras (39,1%), y 2014, el porcentaje de fumadoras se redujo casi a la mitad (reducción del 45,8%) (Figura 2).

Por edad, en los hombres el descenso fue bastante constante en todos los grupos de edad y muy destacable en los últimos 6-7 años en los más jóvenes (18-29 años) (Figura 3). En las mujeres, la disminución de la prevalencia fue también bastante constante y destacable en las jóvenes y en las edades intermedias (Figura 4). En las mujeres de 45-64 años se ha venido registrando un aumento sostenido, debido al efecto de la llegada a estas edades de las cohortes de las jóvenes fumadoras de las décadas de 1980 y 1990, aumento que, por primera vez en 2014, parece haberse detenido. Esto podría significar un cambio de tendencia y el comienzo del descenso de la prevalencia también en este grupo de edad (Figura 4).

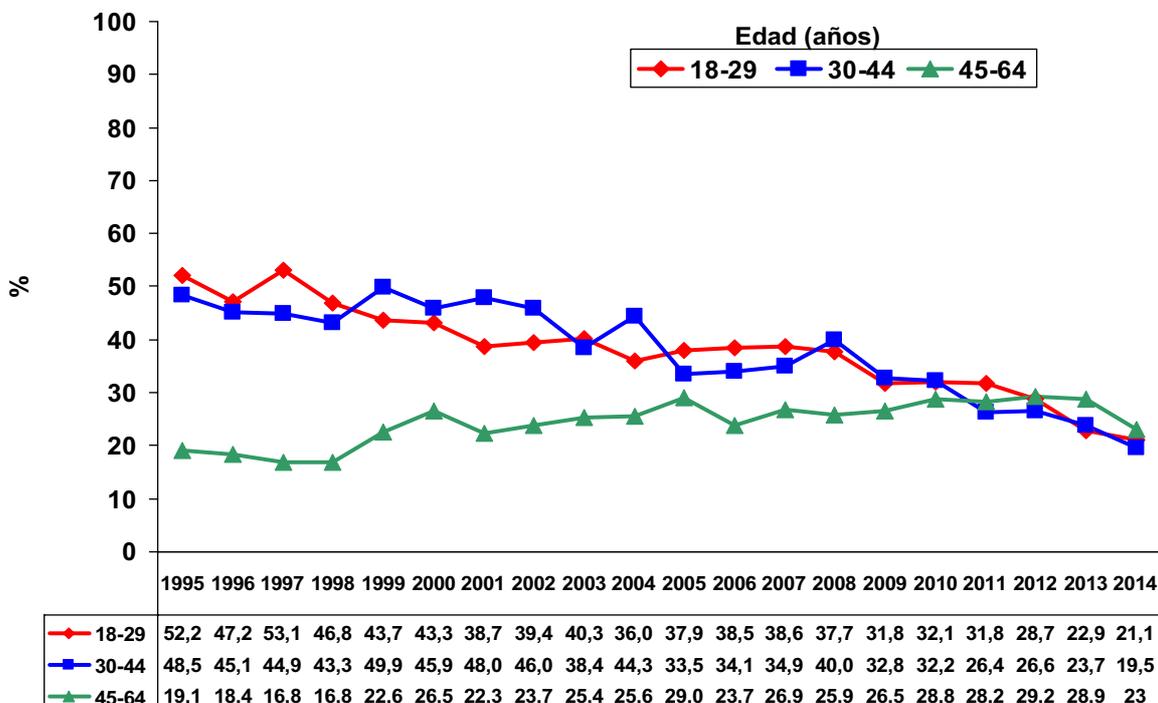
En cuanto al nivel socioeconómico, en hombres, los grupos de mayor nivel de estudios (alto y medio-alto) son los que presentaron el mayor descenso de consumo de tabaco entre 1995 y 2014. La intensidad del descenso en este periodo en los varones fue de un 49,0% en los de nivel alto y de un 45,7% en los de nivel medio-alto, seguida de un 27,2% en los de nivel medio-bajo un 12,8% en los de nivel bajo (Figura 5). En las mujeres, la intensidad de descenso entre 1995 y 2014 fue superior al 50% en todos los grupos (51,9% en las de nivel alto, 56,3% en las de nivel medio-alto y 52,0% en las de nivel medio-bajo), excepto en las de menor nivel educativo, en las que se registró una tendencia ascendente con un aumento global de la prevalencia de fumadoras en ese periodo del 23,9% (Figura 6).

Figura 3. EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE FUMADORES POR GRUPOS DE EDAD. HOMBRES DE 18 A 64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID, 1995-2014



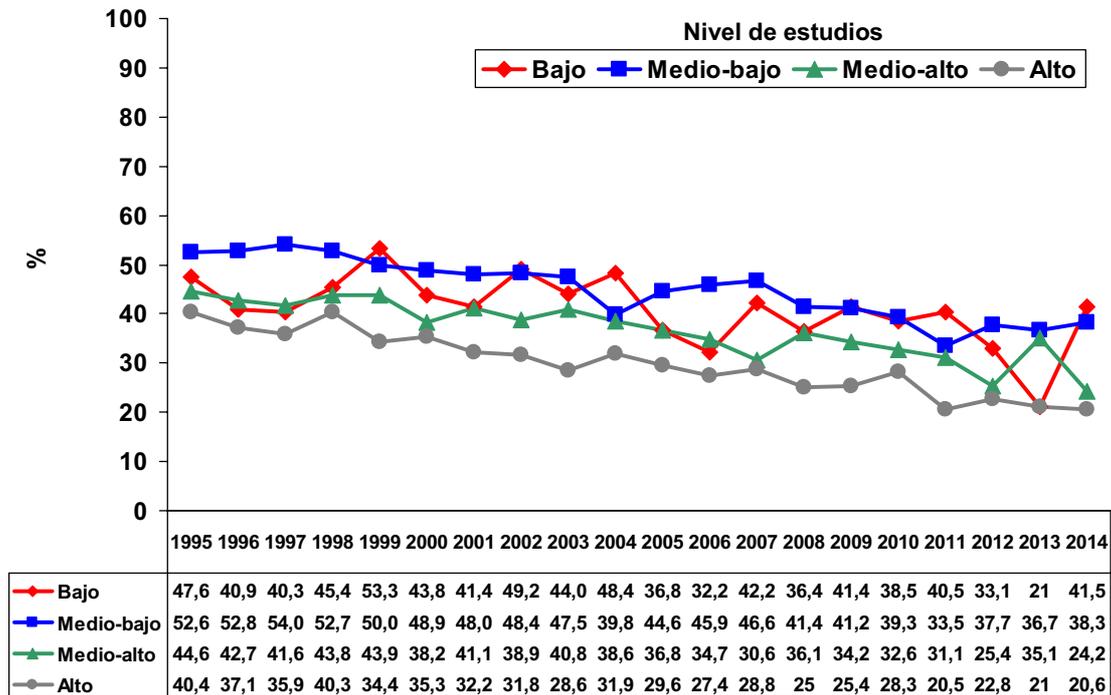
SIVFRENT-A, 1995-2014. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Figura 4. EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE FUMADORES POR GRUPOS DE EDAD. MUJERES DE 18 A 64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID, 1995-2014



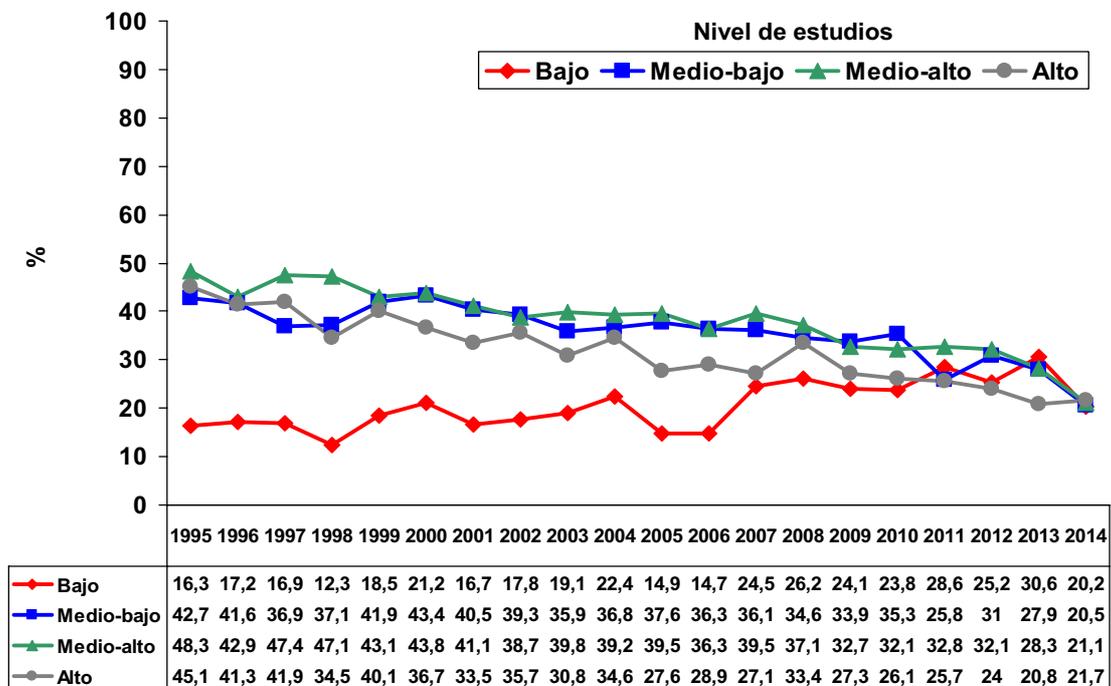
SIVFRENT-A, 1995-2014. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Figura 5. EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE FUMADORES POR NIVEL DE ESTUDIOS. HOMBRES DE 18 A 64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID, 1995-2014



SIVFRENT-A, 1995-2014. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Figura 6. EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE FUMADORES POR NIVEL DE ESTUDIOS. MUJERES DE 18 A 64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID, 1995-2014

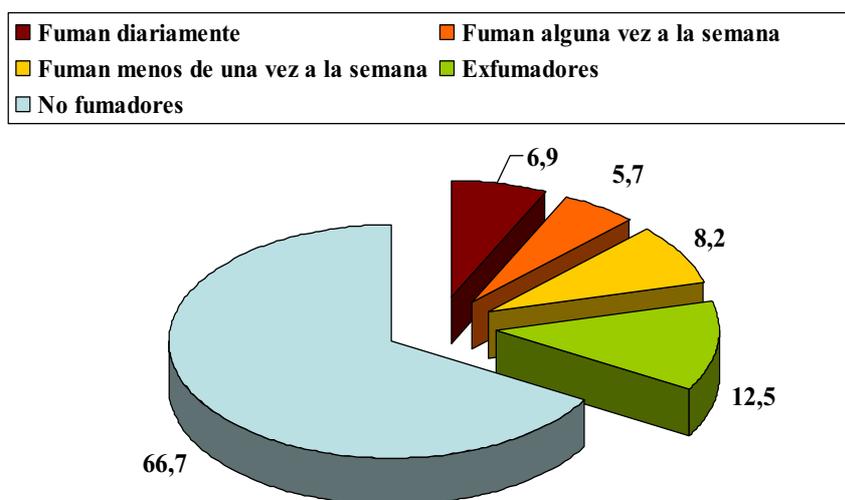


SIVFRENT-A, 1995-2014. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

1.2. Prevalencia en población juvenil

La situación de consumo de tabaco en la población de 4º curso de Enseñanza Superior Obligatoria (población mayoritariamente comprendida entre los 15 y los 16 años de edad) durante el año 2014 fue la siguiente: el 20,8% fumaba con mayor o menor asiduidad, un 66,7% no fumaba, y el 12,5% eran exfumadores (Figura 7). Del total de jóvenes, el 6,9% fumaba diariamente y otro 5,7% fumaba alguna vez a la semana, lo cual da una cifra de un 12,6% de fumadores habituales.

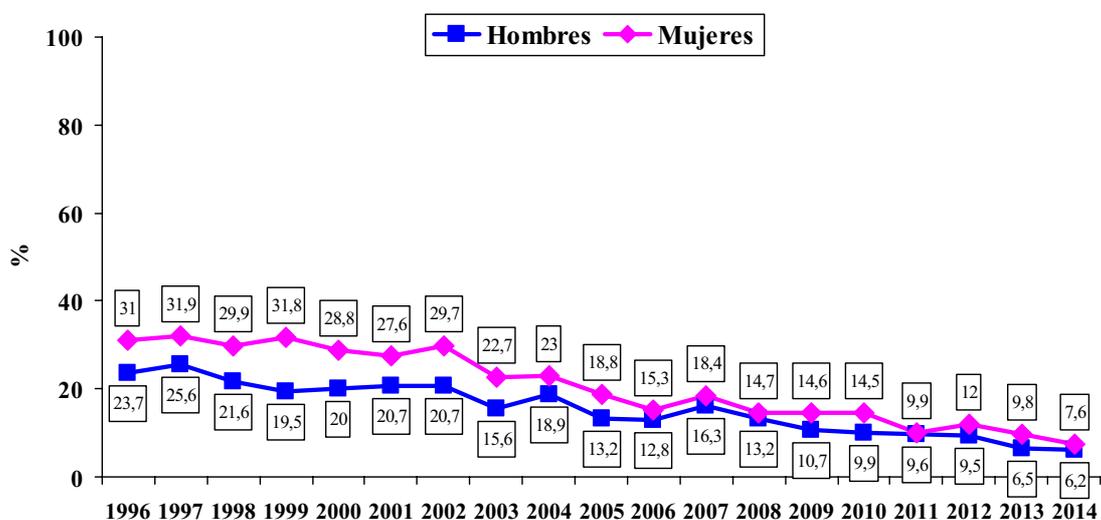
Figura 7. CONSUMO DE TABACO. POBLACION DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID, 2014



SIVFRENT-J, 2014. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

La proporción de jóvenes que fumaban diariamente en 2014 fue 7,6% en las mujeres y 6,2% en los hombres (Figura 8).

Figura 8. EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE FUMADORES DIARIOS. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID, 1996-2014



SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Durante el periodo estudiado, 1996-2014, la prevalencia de consumo diario ha sido siempre mayor en las chicas que en los chicos, presentando dicho periodo una razón media mujer/hombre para esta prevalencia de 1,33. Desde el año 2006 se ha observado una tendencia descendente en las diferencias de prevalencia de fumadores diarios entre chicos y chicas, de tal modo que esta diferencia ha venido disminuyendo (Figura 8). Así, la razón media mujer/hombre de la prevalencia de consumo diario fue 1,39 en el periodo 1996-2005 y 1,25 en el periodo 2006-2014.

Tanto en chicos como en chicas, la tendencia en la prevalencia de fumadores diarios es descendente desde 1996. Si comparamos la prevalencia media de consumo diario de los dos últimos años (2013/2014) frente a la de los dos primeros (1996/1997), se observa una disminución porcentual del 74,2% en los chicos y del 72,3% en las chicas (Figura 8).

2. EXPOSICIÓN PASIVA A AIRE CONTAMINADO POR HUMO DE TABACO

La exposición pasiva a aire contaminado por humo de tabaco autodeclarada se vigila en la Comunidad de Madrid desde el año 2005. Para ello, se dispone principalmente de dos sistemas de información: la Encuesta de Tabaco de 2005¹², realizada a finales de ese año en el período previo a la puesta en marcha de la Ley 28/2005¹⁵, “Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo”, y el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT)¹³⁻¹⁴, que incorporó un módulo específico para la vigilancia del tabaquismo pasivo en 2006, ampliado en 2011, que recoge información anualmente.

Es importante destacar que en 2011 entró en vigor la modificación de la “Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo”, Ley 42/2010¹⁶.

A continuación se presenta la exposición en el hogar, en el entorno laboral y en los lugares de ocio (bares y restaurantes).

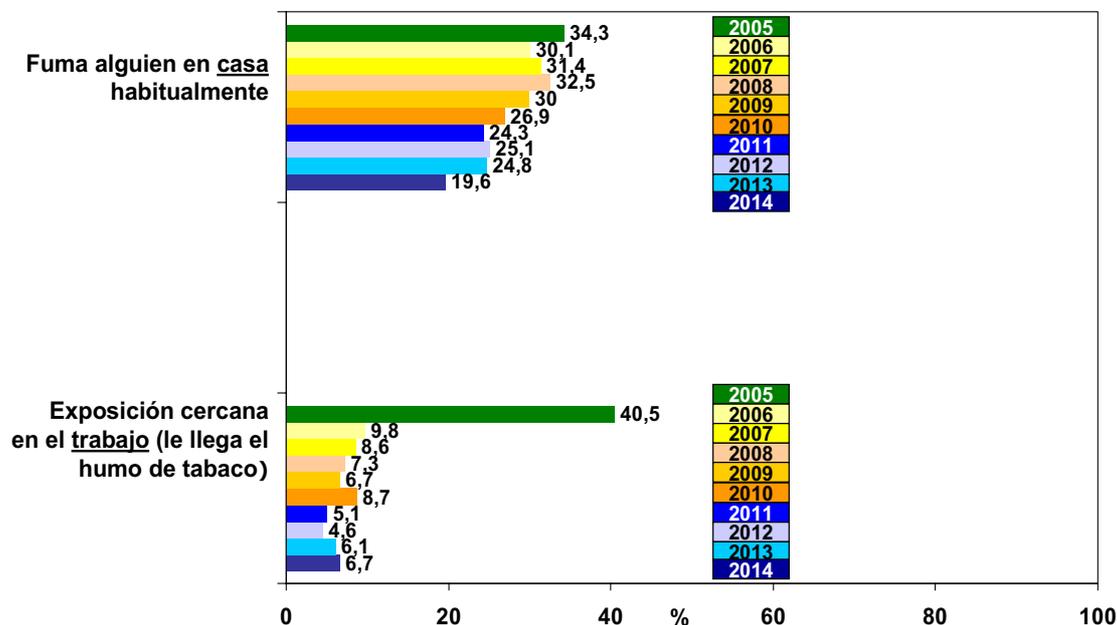
2.1. Exposición pasiva en el hogar

Antes de la entrada en vigor de la Ley 28/2005¹⁵, en 2005, el 34,3% de los encuestados refería que al menos una persona de las que vivían en su hogar fumaba habitualmente en el interior del mismo. Tras la introducción de esa normativa, la prevalencia disminuyó ligeramente, hasta situarse en 2010 en un 26,9%. En 2011, tras la introducción de la Ley 42/2010¹⁶ se registró nuevamente un ligero descenso (24,3%), situándose en 2014 en el 19,6% (Figura 9).

2.2. Exposición pasiva en el entorno laboral

Antes de la entrada en vigor de la Ley 28/2005¹⁵, en 2005, el 40,5% de las personas que trabajaban fuera de casa en espacios cerrados referían estar expuestos al humo del tabaco. Esta proporción disminuyó drásticamente en 2006 tras la aplicación de la Ley hasta el 9,8%. En 2011, tras la introducción de esta ley 42/2010¹⁶ se registró un nuevo descenso (5,1%), situándose en 2014 en el 6,7% (Figura 9).

Figura 9. PREVALENCIA DE EXPOSICIÓN PASIVA A HUMO DE TABACO EN EL HOGAR Y EN EL LUGAR DE TRABAJO. COMUNIDAD DE MADRID, 2005-2014. Comparación antes-después de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 y de la Ley 42/2010



Encuesta de Tabaco, 2005 y SIVFRENT-A, 2006-2014. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

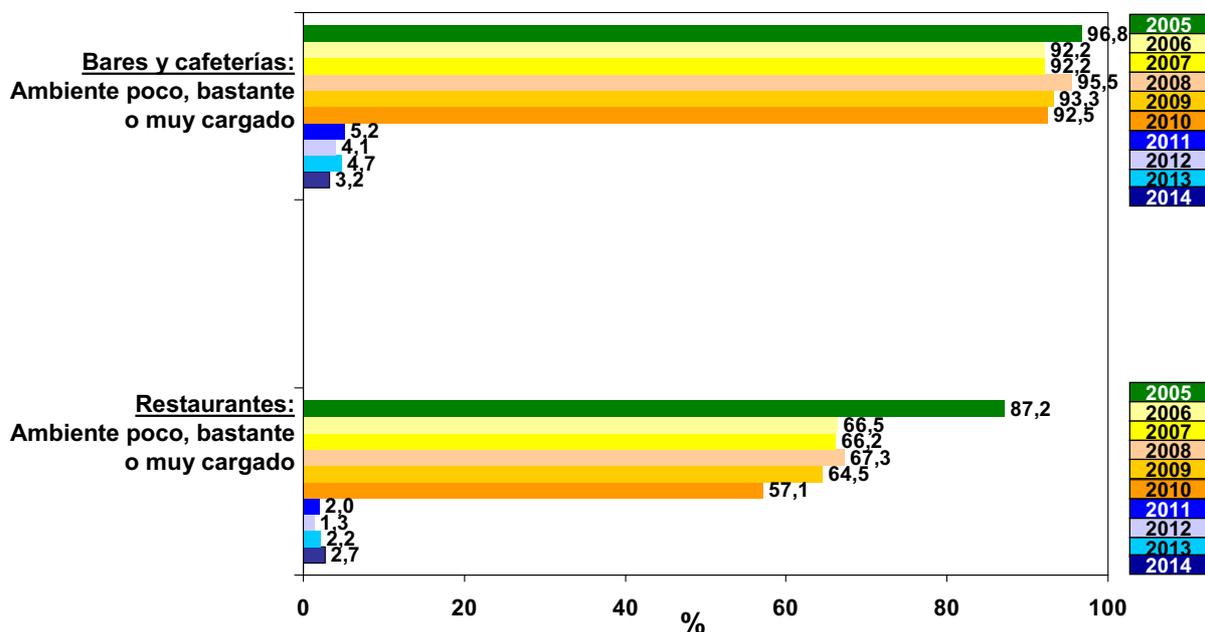
2.3. Exposición pasiva en bares o cafeterías

Antes de la introducción de la Ley 28/2005¹⁵, en 2005, entre los encuestados que habían acudido a bares o cafeterías durante el último mes, un 96,8% describía el ambiente como cargado de humo de tabaco (poco, bastante o muy cargado), siendo un 65,8% los que lo encontraban bastante o muy cargado. Esta exposición descendió ligeramente tras la aplicación de la normativa, registrándose un 92,5% en 2010 (Figura 10). Tras la introducción de la Ley 42/2010¹⁶, esta exposición disminuyó drásticamente hasta el 5,2% en 2011. En 2014 sólo el 3,2% describió el ambiente como algo cargado (Figura 10), la mayoría de ellos poco cargado (2,8%).

2.4. Exposición pasiva en restaurantes

Antes de la introducción de la Ley 28/2005¹⁵, en 2005, entre los encuestados que habían acudido a restaurantes durante el último mes, un 87,2% describía el ambiente como cargado de humo de tabaco (poco, bastante o muy cargado), siendo un 27,7% los que lo encontraban bastante o muy cargado. Esta exposición descendió de forma importante tras la introducción de la Ley 28/2005¹⁵, registrándose exposición en el 66,5% en 2006 y en el 57,1% en 2010. En 2011, tras la introducción de la Ley 42/2010¹⁶, la exposición descendió de modo muy contundente hasta el 2,0% (Figura 10). En 2014 sólo el 2,7% describió el ambiente como algo cargado (Figura 10), la mayoría de ellos poco cargado (2,0%).

Figura 10. PREVALENCIA DE EXPOSICIÓN PASIVA A HUMO DE TABACO EN BARES Y RESTAURANTES. COMUNIDAD DE MADRID, 2005-2014. Comparación antes-después de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 y de la Ley 42/2010



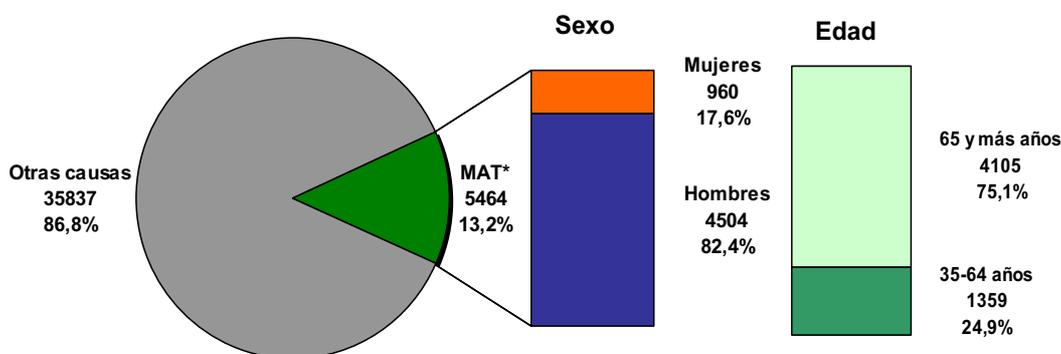
Encuesta de Tabaco, 2005 y SIVFRENT-A, 2006-2014. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

3. MORTALIDAD ATRIBUIBLE AL TABAQUISMO

3.1. Muertes atribuibles al tabaquismo en 2012

En el año 2012, el tabaco ocasionó 5.464 muertes en la Comunidad de Madrid (Tabla 1), lo que supone el 13,2% de todos los fallecimientos ocurridos en individuos de 35 y más años de edad ese año en la Comunidad de Madrid (Figura 11).

Figura 11. MUERTES ATRIBUIBLES AL TABAQUISMO, SEGÚN SEXO Y EDAD, EN LA POBLACIÓN DE 35 Y MÁS AÑOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID, EN EL AÑO 2012.



*MAT: muertes atribuibles al tabaquismo

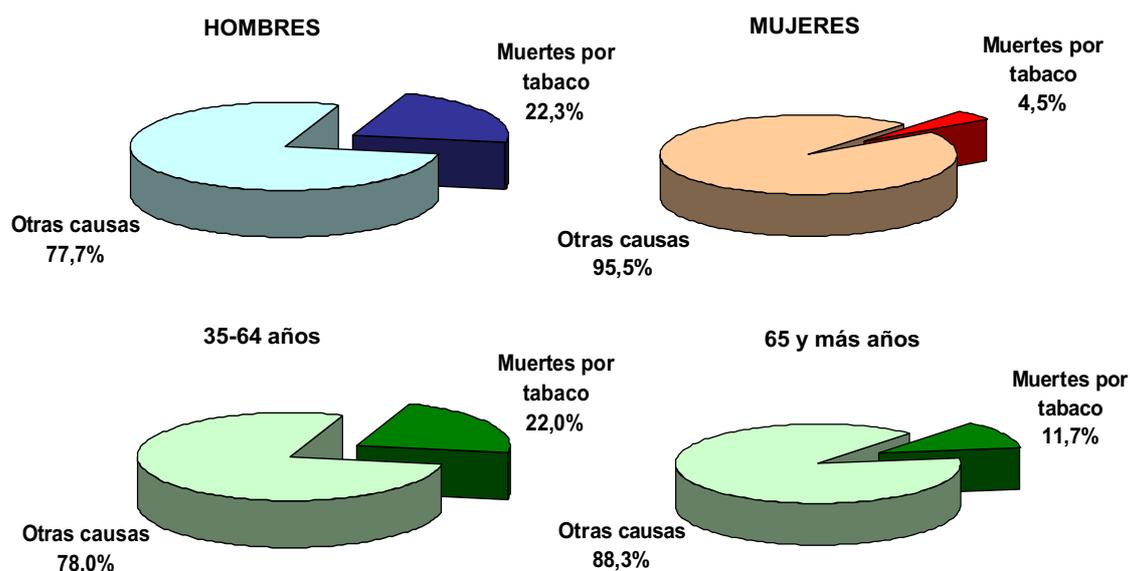
Mortalidad atribuible al tabaquismo en la Comunidad de Madrid en 2012. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

El 82,4% de las muertes atribuibles al tabaquismo ocurrieron en varones (4.504) y el 17,6% en mujeres (960) (Tabla 1, Figura 11). Estas cifras supusieron el 22,3% de todas las muertes ocurridas en varones (casi una de cada 4 muertes) y el 4,5 % en mujeres (1 de cada 22) (Figura 12).

3.2. Mortalidad prematura

Hay que destacar que 1.359 muertes, la cuarta parte de las muertes atribuibles al tabaquismo (24,9%), son muertes prematuras ocurridas antes de los 65 años (35-64 años de edad) (Figura 11). Las muertes ocurridas en los sujetos de 35-64 años representaron el 22,0% (casi una de cada 4 muertes) de todas las muertes ocurridas en ese grupo de edad en la Comunidad de Madrid en 2012 (Figura 12). En los sujetos de 65 y más años se registraron 4.105 muertes, el 11,7% de todas las muertes ocurridas en ese grupo de edad (casi 1 de cada 8 muertes) (Figura 12).

Figura 12. PORCENTAJE DE MUERTES ATRIBUIBLES AL TABAQUISMO, SEGÚN SEXO Y EDAD, EN LA POBLACIÓN DE 35 Y MÁS AÑOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID, EN EL AÑO 2012.



Mortalidad atribuible al tabaquismo en la Comunidad de Madrid en 2012.
 Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

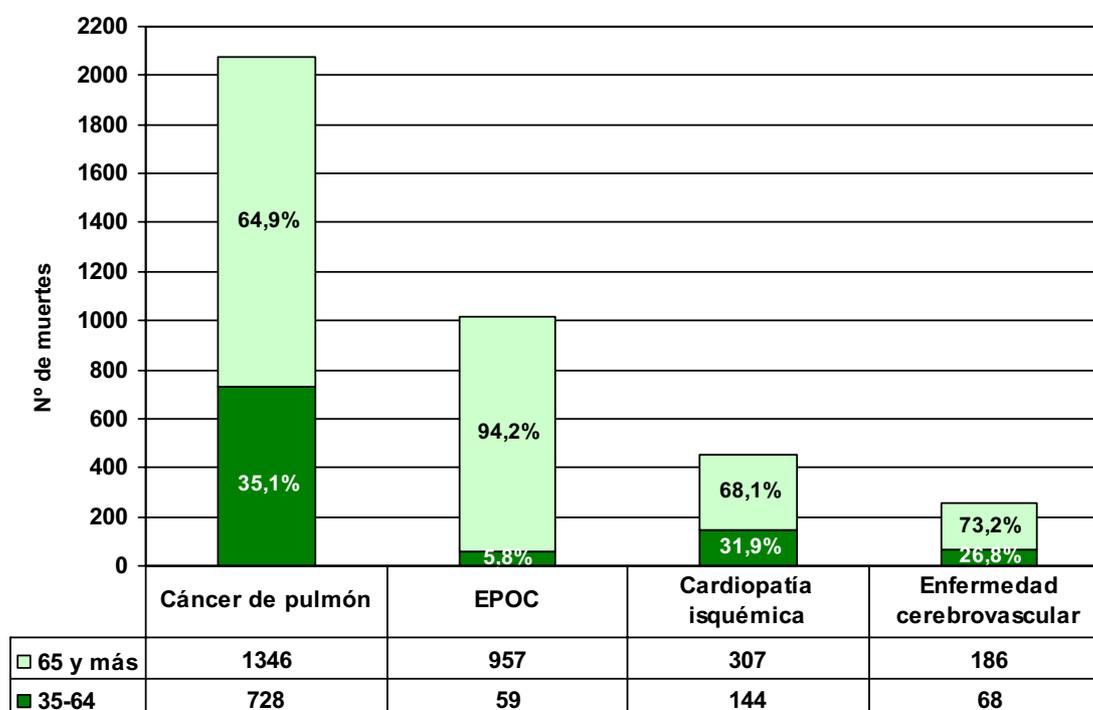
Por grandes grupos, los tumores malignos representaron la mayor proporción de las muertes por tabaco (51,7%), seguido de las enfermedades cardiovasculares (24,7% de las muertes atribuibles al tabaquismo) y las enfermedades respiratorias (23,6% de las muertes). Esta distribución fue similar en los varones y en las mujeres, predominando en ambos los tumores malignos (52,7% y 47,0% de las muertes atribuibles en hombres y mujeres, respectivamente), seguido de las enfermedades cardiovasculares (23,8% y 28,9% de las muertes atribuibles en hombres y mujeres, respectivamente) y en tercer lugar las enfermedades respiratorias (23,5% y 24,2% de las muertes atribuibles en hombres y mujeres, respectivamente) (Tabla 1).

Más de dos tercios de las muertes ocurridas por el tabaco (69,5%) fueron muertes por cuatro causas: cáncer de pulmón (38,0%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica

(EPOC) (18,6%), cardiopatía isquémica (8,3%) y enfermedad cerebrovascular (4,6%). Tanto en los hombres como en las mujeres predominó el cáncer de pulmón (39,1% de las muertes atribuibles al tabaquismo en varones, 32,8% en mujeres), seguido de la EPOC (18,7% en hombres, 17,9% en mujeres), la cardiopatía isquémica (8,3% en varones, 7,9% en mujeres) y, en cuarto lugar, la enfermedad cerebrovascular (4,5% en varones, 5,5% en mujeres) (Tabla 1).

Además, es destacable que el 35,1% de las muertes por cáncer de pulmón, el 31,9% de las muertes por cardiopatía isquémica, el 26,8% de las muertes por enfermedad cerebrovascular y el 5,8% de las muertes por EPOC ocurrieron entre los 35 y los 64 años de edad (Figura 13).

Figura 13. MUERTES ATRIBUIBLES AL TABAQUISMO POR CÁNCER DE PULMÓN, ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC), CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, SEGÚN EDAD, EN LA POBLACIÓN DE 35 Y MÁS AÑOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID, EN EL AÑO 2012.



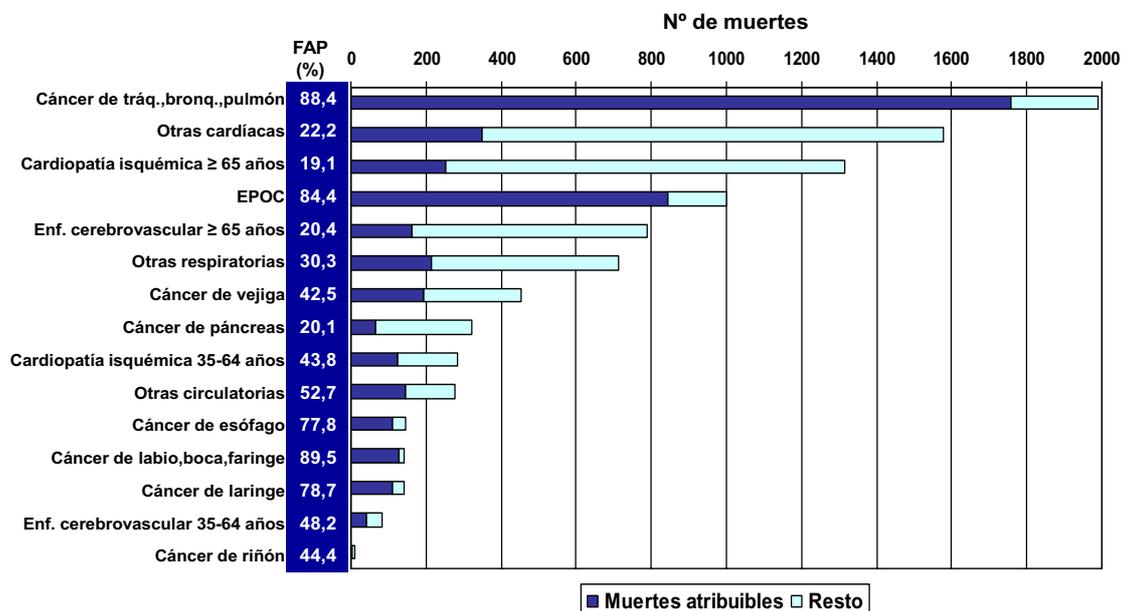
Mortalidad atribuible al tabaquismo en la Comunidad de Madrid en 2012.
 Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

3.3. Fracciones atribuibles

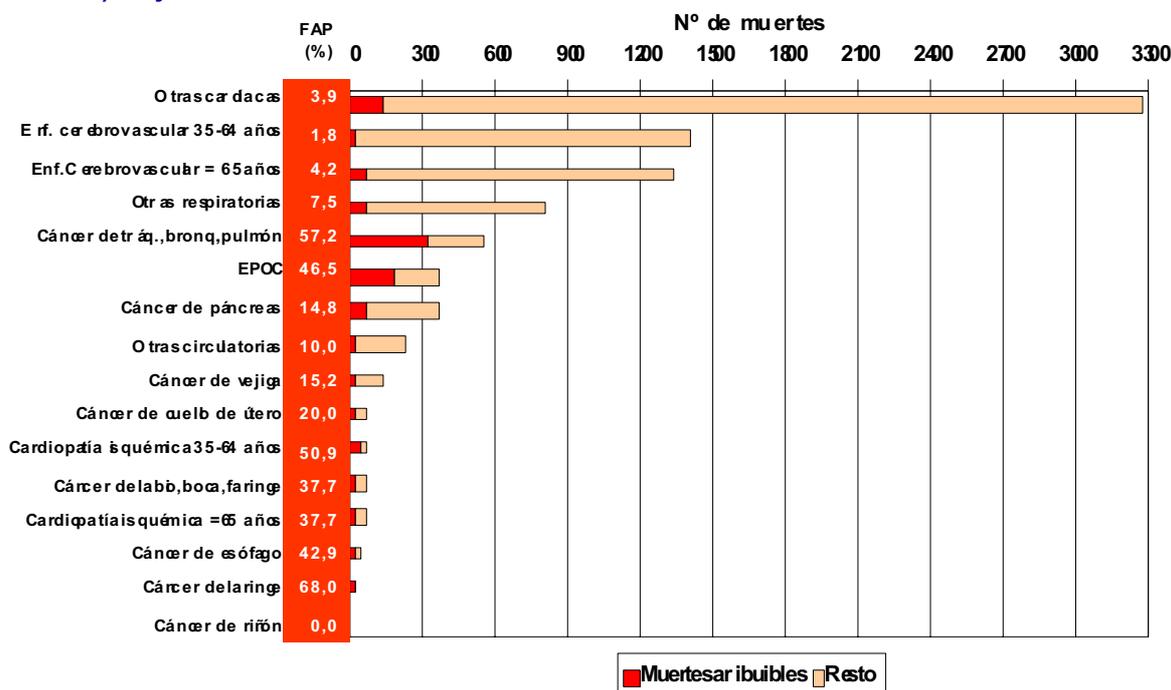
El 88,4% de todas las muertes por cáncer de pulmón, el 84,4% de las muertes por EPOC, el 23,5% de las muertes por enfermedad coronaria y el 23,1% de las muertes cerebrovasculares fueron atribuibles al tabaco en varones (Figura 14a y tabla 2). En mujeres esas cifras fueron del 57,2%, 46,5%, 5,5% y 3,7%, respectivamente (Figura 14b y tabla 2).

Figura 14. FRACCIONES ATRIBUIBLES (FAP: %) AL CONSUMO DE TABACO, SEGÚN CAUSAS DE MUERTE SELECCIONADAS, EN LA POBLACIÓN DE 35 Y MÁS AÑOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID, EN EL AÑO 2012.

14a) Hombres



14b) Mujeres

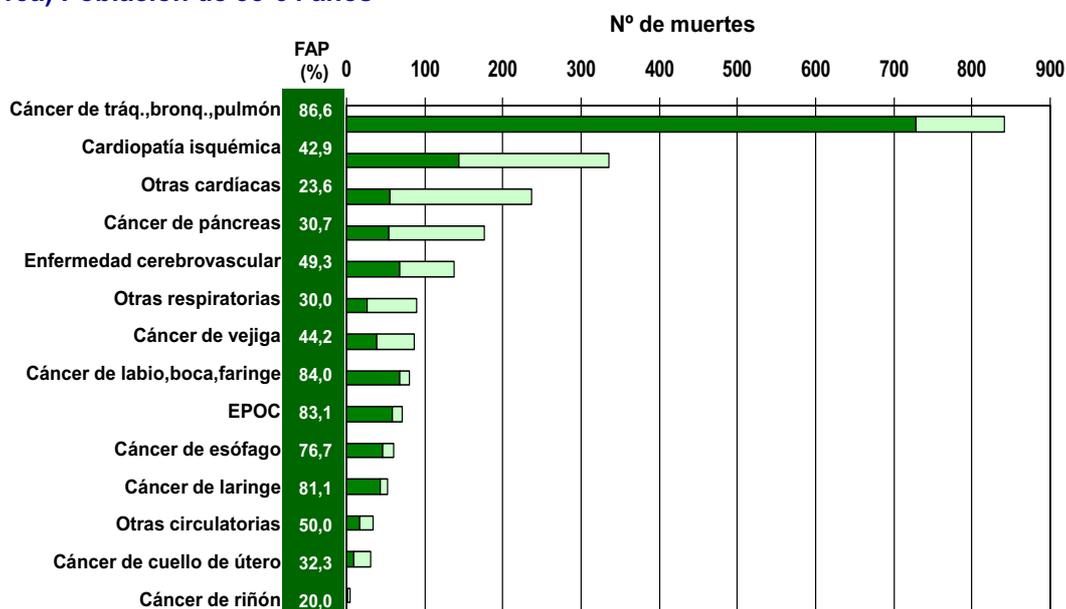


Mortalidad atribuible al tabaquismo en la Comunidad de Madrid en 2012.
 Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

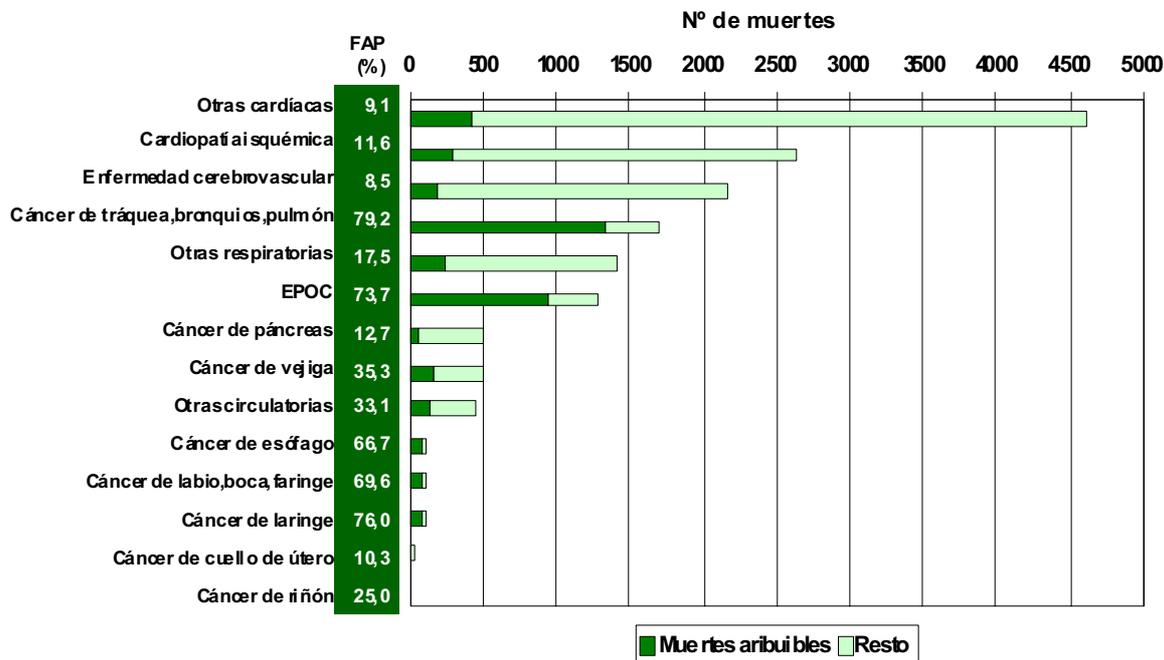
Por edad, entre los 35 y los 64 años, el tabaco fue responsable del 86,6% de las muertes por cáncer de pulmón (90,0% en los hombres, 78,1% en las mujeres), el 83,1% de las muertes por EPOC (83,6% en los hombres, 81,3% en las mujeres), el 42,9% de las muertes por enfermedad coronaria (43,8% en los hombres, 37,7% en las mujeres) y el 49,3% de las muertes cerebrovasculares (48,2% en los hombres, 50,9% en las mujeres) (Figuras 15a y 15b, y tabla 3).

Figura 15. FRACCIONES ATRIBUIBLES (FAP: %) AL CONSUMO DE TABACO, SEGÚN CAUSAS DE MUERTE SELECCIONADAS EN LA POBLACIÓN DE 35 Y MÁS AÑOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID, EN EL AÑO 2012.

15a) Población de 35-64 años



15b) Población de 65 y más años



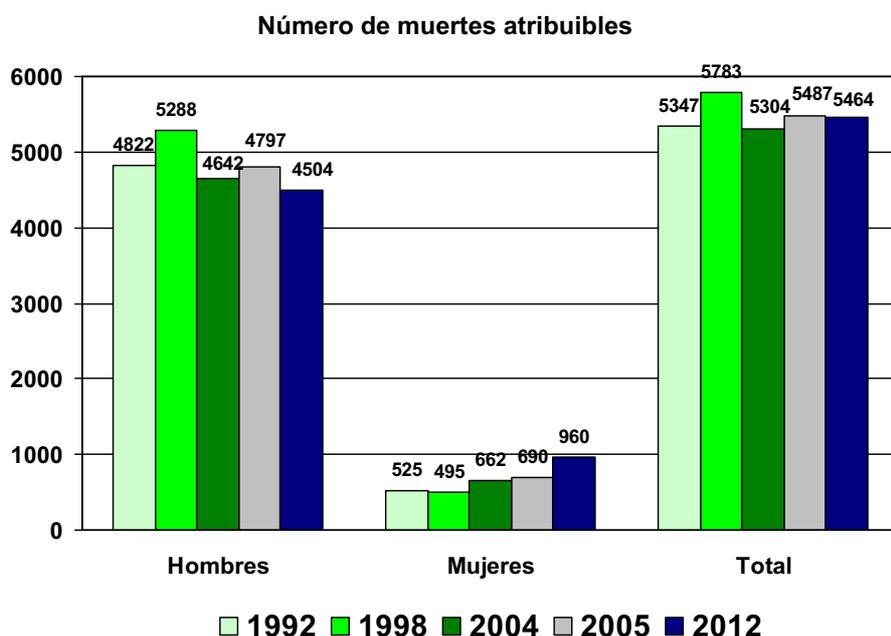
Mortalidad atribuible al tabaquismo en la Comunidad de Madrid en 2012.
 Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

3.4. Evolución en la mortalidad atribuible al tabaquismo en el periodo 1992-2012.

En la figura 16 se muestra el número de muertes atribuibles al consumo de tabaco en la Comunidad de Madrid en 1992, 1998, 2004, 2005 y 2012.

En el año 2004 se observó en la Comunidad de Madrid una disminución en el número total de muertes atribuibles al consumo de tabaco. En comparación con la estimación de 1998, en 2004 se observaron 479 muertes atribuibles al tabaquismo menos (figura 16). Sin embargo, este descenso fue a expensas sólo de la disminución en el número de muertes atribuibles en los varones, con 646 muertes menos en 2004 que las registradas en 1998, mientras que en las mujeres las muertes atribuibles al tabaquismo aumentaron en 2004 respecto a 1998 (167 muertes más). Este mismo fenómeno se ha observado en el conjunto de España⁶⁻⁸ y es consistente con la diferente evolución que ha experimentado la epidemia de tabaquismo en hombres y mujeres^{3;7;12;17}. En el año 2005, el número de muertes atribuibles aumentó de nuevo en hombres y mujeres respecto a las observadas en 2004, aunque en hombres siguió siendo inferior al número de muertes registrado en el año 1998 (figura 16). Finalmente, en 2012, el número de muertes atribuibles en hombres volvió a registrar un descenso, con 293 muertes menos que las observadas en 2005 (un 6,1% menos), mientras que en mujeres continuó el aumento progresivo de modo intenso (270 muertes más que en 2005, un 39,1% más). La magnitud del aumento en mujeres fue tal que la cifra total de muertes atribuibles permaneció en un nivel casi idéntico al registrado en 2005 (tan solo 23 muertes menos).

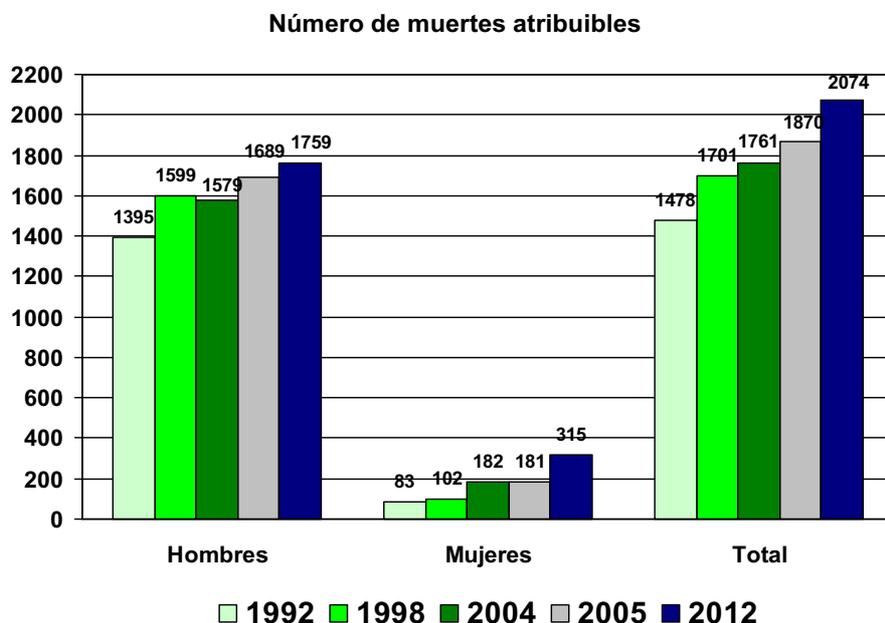
Figura 16. EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD ATRIBUIBLE AL TABAQUISMO, SEGÚN SEXO. POBLACIÓN DE 35 Y MÁS AÑOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID, AÑOS 1992, 1998, 2004, 2005 Y 2012.



Mortalidad atribuible al tabaquismo en la Comunidad de Madrid en el periodo 1992-2012.
 Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

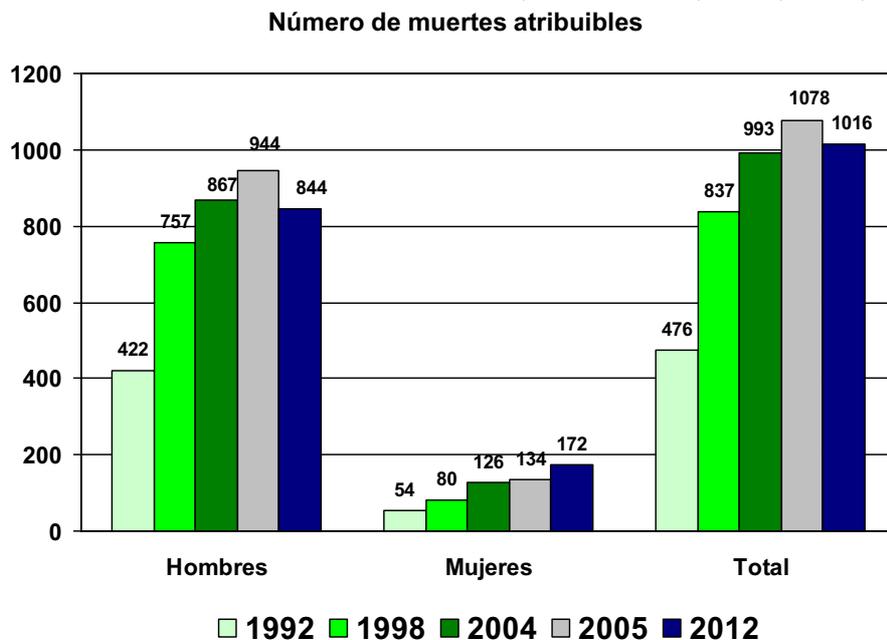
En relación a dos de las causas de muerte más relevantes debidas al tabaquismo, el cáncer de pulmón y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la situación fue la siguiente: el número de muertes atribuibles por EPOC en mujeres (figura 18) y por cáncer de pulmón en ambos sexos (figura 17) siguió aumentando en 2012 en comparación con las cifras registradas en los años anteriores examinados desde 1992. En concreto, el número de muertes atribuibles en 2012 en comparación con 2005 por cáncer de pulmón aumentó un 4,1% en hombres y un 74,0% en mujeres y por EPOC, aumentó un 28,4% en mujeres y descendió un 10,6% en hombres.

Figura 17. EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN ATRIBUIBLE AL TABAQUISMO, SEGÚN SEXO. POBLACIÓN DE 35 Y MÁS AÑOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID, AÑOS 1992, 1998, 2004, 2005 Y 2012.



Mortalidad atribuible al tabaquismo en la Comunidad de Madrid en el periodo 1992-2012.
 Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Figura 18. EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA ATRIBUIBLE AL TABAQUISMO, SEGÚN SEXO POBLACIÓN DE 35 Y MÁS AÑOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID, AÑOS 1992, 1998, 2004, 2005 Y 2012.



Mortalidad atribuible al tabaquismo en la Comunidad de Madrid en el periodo 1992-2012.
 Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Tabla 1. MUERTES ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE TABACO, SEGÚN LA CAUSA DE MUERTE Y SEXO EN LA POBLACIÓN DE 35 Y MÁS AÑOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID, EN EL AÑO 2012.

Causas de muerte (Código CIE-9/ Código CIE-10)	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)
Tumores malignos	2372 (52,7)	451 (47,0)	2823 (51,7)
Labio, boca, faringe (140-149/ C00-C14, C46.2)	128 (2,8)	20 (2,1)	148 (2,7)
Esófago (150/ C15)	112 (2,5)	18 (1,9)	130 (2,4)
Páncreas (157/ C25)	65 (1,4)	54 (5,6)	119 (2,2)
Laringe (161/ C32)	111 (2,5)	11 (1,1)	122 (2,2)
Tráquea, bronquios, pulmón (162/ C33, C34, C39.8, C45.7)	1759 (39,1)	315 (32,8)	2074 (38,0)
Cuello de útero (180/ C53)	--	14 (1,5)	14 (0,3)
Vejiga (188/ C67)	193 (4,3)	19 (2,0)	212 (3,9)
Riñón (189/ C64-C65, C68)	4 (0,1)	0 (0,0)	4 (0,1)
Enfermedades cardiovasculares	1072 (23,8)	277 (28,9)	1349 (24,7)
Cardiopatía isquémica (410-414/ I20-I25)	375 (8,3)	76 (7,9)	451 (8,3)
35-64 años	124 (2,8)	20 (2,1)	144 (2,6)
≥ 65 años	251 (5,6)	56 (5,8)	307 (5,6)
Cerebrovascular (430-438/ G45 excepto G45.3, G93.6, G93.8, G95.1, I60-I69)	201 (4,5)	53 (5,5)	254 (4,6)
35-64 años	40 (0,9)	28 (2,9)	68 (1,2)
≥ 65 años	161 (3,6)	25 (2,6)	186 (3,4)
Otras cardíacas (390-398, 401-405, 415-417, 420 429/ I00-I02, I05-I15, I26-I52, I97-I98, R00.1, R00.8, R01.2)	350 (7,8)	127 (13,2)	477 (8,7)
Otras circulatorias (440-448/ I70-I79, M30-M31)	146 (3,2)	21 (2,2)	167 (3,1)
Enfermedades respiratorias	1060 (23,5)	232 (24,2)	1292 (23,6)
EPOC (490-492, 496/ J20.9, J40-J44, J98.0)	844 (18,7)	172 (17,9)	1016 (18,6)
Otras respiratorias (010-012, 480-487, 493/ A15, A16, A48.1, B05.2, B90.9, J10-J18, J45, J46, J65)	216 (4,8)	60 (6,3)	276 (5,1)
TOTAL	4504 (100)	960 (100)	5464 (100)
Número de fallecidos por todas las causas	20161	21140	41301

Los porcentajes expresan la proporción de muertes por cada enfermedad o grupo de enfermedades respecto del total de muertes atribuibles en cada columna (100%).--:no procede.

CIE-9 y CIE-10: 9ª y 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. **Otras cardíacas:** reumáticas, hipertensiva, circulatoria pulmonar y otras formas. **Otras circulatorias:** aterosclerosis, aneurisma aórtico y otras. **EPOC:** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. **Otras respiratorias:** neumonía, influenza, asma y otras.

Mortalidad atribuible al tabaquismo en la Comunidad de Madrid en 2012. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

Tabla 2. FRACCIONES ATRIBUIBLES (%) AL CONSUMO DE TABACO, SEGÚN CAUSAS DE MUERTE SELECCIONADAS, POR SEXO, EN LA POBLACIÓN DE 35 Y MÁS AÑOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID, EN EL AÑO 2012.

	Hombres	Mujeres
TUMORES MALIGNOS	74,1	36,7
Cáncer de labio, boca, faringe	89,5	37,7
Cáncer de esófago	77,8	42,9
Cáncer de páncreas	20,1	14,8
Cáncer de laringe	78,7	68,8
Cáncer de tráquea, bronquios, pulmón	88,4	57,2
Cáncer de cuello de útero	--	20,0
Cáncer de vejiga	42,5	15,2
Cáncer de riñón	44,4	0,0
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	24,8	4,4
Cardiopatía isquémica	23,5	5,5
Enfermedad cerebrovascular	23,1	3,7
Otras cardíacas	22,2	3,9
Otras circulatorias	52,7	10,0
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	61,9	19,9
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	84,4	46,5
Otras respiratorias	30,3	7,5

--: no procede.

Mortalidad atribuible al tabaquismo en la Comunidad de Madrid en 2012. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

Tabla 3. FRACCIONES ATRIBUIBLES (%) AL CONSUMO DE TABACO, SEGÚN CAUSAS DE MUERTE SELECCIONADAS, POR EDAD Y SEXO, EN LA POBLACIÓN DE 35 Y MÁS AÑOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID, EN EL AÑO 2012.

	35-64 años	65 y más años
TUMORES MALIGNOS	74,1	59,2
Cáncer de labio, boca, faringe	84,0	69,6
Hombres	91,8	87,8
Mujeres	60,0	24,2
Cáncer de esófago	76,7	66,7
Hombres	78,0	77,7
Mujeres	70,0	34,4
Cáncer de páncreas	30,7	12,7
Hombres	28,4	16,3
Mujeres	33,8	10,0
Cáncer de laringe	81,1	76,0
Hombres	80,9	77,7
Mujeres	83,3	60,0
Cáncer de tráquea, bronquios, pulmón	86,6	79,2
Hombres	90,0	87,8
Mujeres	78,1	40,8
Cáncer de cuello de útero	32,3	10,3
Hombres	--	--
Mujeres	32,3	10,3
Cáncer de vejiga	44,2	35,3
Hombres	46,3	41,9
Mujeres	36,8	11,3
Cáncer de riñón	20,0	25,0
Hombres	33,3	50,0
Mujeres	0,0	0,0
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	38,3	10,8
Cardiopatía isquémica	42,9	11,6
Hombres	43,8	19,1
Mujeres	37,7	4,2
Enfermedad cerebrovascular	49,3	8,5
Hombres	48,2	20,4
Mujeres	50,9	1,8
Otras cardíacas	23,6	9,1
Hombres	26,2	21,7
Mujeres	16,9	3,6
Otras circulatorias	50,0	33,1
Hombres	56,0	52,4
Mujeres	33,3	9,0
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	53,4	44,4
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	83,1	73,7
Hombres	83,6	84,4
Mujeres	81,3	44,9
Otras respiratorias	30,0	17,5
Hombres	31,7	30,2
Mujeres	26,7	6,8

Mortalidad atribuible al tabaquismo en la Comunidad de Madrid en 2012. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

CONCLUSIONES

La prevalencia de consumo de tabaco lleva más de dos décadas disminuyendo en la Comunidad de Madrid, aunque no de forma homogénea en toda la población. En los grupos de menor nivel socioeconómico el descenso ha sido mucho menor o incluso se ha venido registrando un aumento en la prevalencia en el caso de las mujeres. En 2014, en la población adulta (18-64 años), una de cada cuatro personas seguía siendo fumadora (prevalencia de fumadores del 24,0%: 27,0% en hombres, 21,2% en mujeres) y en la población adolescente (mayoritariamente 15-16 años), el 20,8% fumaba con mayor o menor frecuencia, un 12,6% de forma habitual (6,9%, fumadores diarios y 5,7%, fumadores de consumo semanal).

En el año 2012, el tabaquismo produjo 5.464 muertes en la población de 35 y más años de la Comunidad de Madrid (4.504 en hombres y 960 en mujeres). El descenso en 23 muertes en 2012 respecto a 2005 fue en realidad debido al descenso en las muertes atribuibles en varones (293 muertes menos que las observadas en 2005, un 6,1% menos), pues en mujeres se registró un gran aumento (270 muertes más que en 2005, un 39,1% más). La mortalidad atribuible al tabaquismo, y por tanto evitable, en la Comunidad de Madrid sigue siendo muy elevada, representando el 13,2% de todas las muertes ocurridas en la población de 35 y más años de la región (22,3% de todas las muertes ocurridas en hombres y 4,5% de las ocurridas en mujeres), con un elevado impacto en la población más joven, 35-64 años (mortalidad prematura) (el 22,0% de las muertes ocurridas en este grupo de edad son atribuibles al tabaquismo).

El tabaquismo sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública de la región. Es muy necesario ampliar y fortalecer las acciones de prevención y control del consumo de tabaco.

BIBLIOGRAFÍA

1. Díez-Gañán, L. Mortalidad atribuible al tabaquismo en la Comunidad de Madrid en el año 2005. Sistema de Vigilancia Integral del Tabaquismo (VITa). Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&language=es&cid=1162289259964.
2. Díez-Gañán L, Zorrilla B, García N, Galán I, Gandarillas A, Mata N, Gil E, Cantero JL, León CM. Mortalidad atribuible al tabaquismo en la Comunidad de Madrid en el año 2004. Gac Sanit 2007; Supl 21: 45.
3. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid; Volumen 13: número 9. Madrid: Consejería de Sanidad, 2007.
4. Zorrilla-Torras B, García-Marín N, Galán-Labaca I, Gandarillas-Grande A. Smoking Attributable Mortality in the Community of Madrid: 1992–1998. European Journal of Public Health 2005; 15: 43-50.

5. Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid; Volumen 7: número 1. Madrid: Consejería de Sanidad, 2001.
6. Banegas JR, Díez-Gañán, L, Bañuelos-Marco B, González-Enríquez J, Villar-Álvarez F, Martín-Moreno JM, Rodrigo Córdoba-García R, Alfonso Pérez-Trullén A, Jiménez-Ruiz C. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. Med Clin 2011; 136: 97-102.
7. Díez-Gañán L, Banegas Banegas JR. Epidemiología del Tabaquismo. Morbi-mortalidad. En: Jiménez Ruiz CA, Fagerström KO. Tratado de Tabaquismo. Madrid: Grupo Aula Médica S.L; 2007.
8. Banegas Banegas JR, Díez Gañán L, González Enríquez J, Villar Álvarez F, Rodríguez Artalejo F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. Medicina Clínica 2005; 124: 769-771.
9. Díez-Gañán L, Banegas Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Graciani A, Villar Álvarez F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en el año 2000. Prevención del Tabaquismo 2003; 5: 53.
10. Díez-Gañán L, Banegas Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Graciani Pérez-Regadera A, Villar Álvarez F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1999. Prevención del Tabaquismo 2002; 4: 40.
11. Banegas Banegas JR, Díez Gañán L, Rodríguez Artalejo F, González Enríquez J, Graciani A, Villar Álvarez F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. Medicina Clínica 2001; 117: 692-694.
12. Servicio de Epidemiología. Sistema de Vigilancia Integral del Tabaquismo (VITa). Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalSalud%2FPPage%2FPTSA_pinta_rContenidoFinal&language=es&cid=1162289259964, 2015.
13. Servicio de Epidemiología. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A). Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Generico_FA&cid=1142353268994&language=es&pageid=1142331181236&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Generico_FA%2FPTSA_pintarGenericoIndice&pv=1142331146422&vest=1159289986941, 2015.
14. Servicio de Epidemiología. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J). Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Generico_FA&cid=1142353268994&language=es&pageid=1142331181236&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Generico_FA%2FPTSA_pintarGenericoIndice&pv=1142331146422&vest=1159289986941, 2015.

15. Ley 28/2005, de 26 de Diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro y la publicidad de los productos del tabaco. Boletín Oficial del Estado, num. 306 de 27 de Diciembre de 2005, páginas 42241 a 42250.
16. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Boletín Oficial del Estado, núm. 318 de 31 de diciembre de 2010, páginas 109188 a 109194.
17. Díez-Gañán L. Evolución de la prevalencia de tabaquismo en la Comunidad de Madrid, España: dos décadas de vigilancia epidemiológica, dos décadas de disminución progresiva (1995-2013). Prevención del Tabaquismo 2014; 16: 187-194.