

Cesación del tabaquismo

Un informe de la Dirección General de
Servicios de Salud de los Estados Unidos
Resumen ejecutivo



Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Cesación del tabaquismo

Un informe de la Dirección General de
Servicios de Salud de los Estados Unidos

Resumen ejecutivo

2020

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS EE. UU.

Servicio de Salud Pública

Oficina de la Dirección General de Servicios de Salud de los Estados Unidos

Rockville, MD



Citación sugerida

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. *Cesación del tabaquismo: Un informe de la Dirección General de Servicios de Salud de los Estados Unidos —Resumen ejecutivo—*. Atlanta, GA: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, Oficina de Tabaquismo y Salud, 2020.

Para obtener más información

Para obtener más información sobre el informe de la Dirección General de Servicios de Salud de los Estados Unidos, o para descargar copias de este documento, visite www.surgeongeneral.gov.

Para solicitar copias de este documento, vaya a www.cdc.gov/tobacco y haga clic en “Publications Catalog” (“Catálogo de publicaciones”) o llame al 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636); línea TTY: 1-888-232-6348.

El uso de marcas comerciales es solamente con fines de identificación y no implica respaldo alguno por parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Cualquier recomendación expresada por personas u organizaciones no gubernamentales no representa necesariamente los puntos de vista o las opiniones del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Mensaje de Alex M. Azar II

Secretario, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

A lo largo de su historia, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS por sus siglas en inglés) ha liderado los esfuerzos para prevenir y reducir los devastadores efectos del consumo de tabaco, especialmente el consumo de productos de tabaco combustibles, como parte de su misión para mejorar y proteger la salud y el bienestar de todas las personas en los Estados Unidos. El HHS ha proporcionado apoyo fundamental en los campos de la investigación y evaluación, desarrollo de programas y políticas, información y educación del público, actividades reguladoras, cambios y gestión a nivel de sistemas, y prácticas clínicas que han contribuido al notable descenso del 67 % en el consumo de cigarrillos entre los adultos en los Estados Unidos desde 1965. El apoyo del HHS ha ayudado a organizaciones médicas y de atención de la salud, a agencias gubernamentales en todos los niveles, y a colaboradores no gubernamentales a crear y mantener programas que previenen la iniciación; a ayudar a los consumidores de productos de tabaco a dejarlos; y a fomentar ambientes saludables y libres de humo.

Este informe es el más reciente de una larga tradición de esfuerzos de prevención y control del tabaco por parte del HHS. Nuestro trabajo incluye el plan integral de acción estratégica de control del tabaco, Poner fin a la epidemia del tabaco (Ending the Tobacco Epidemic), y la coordinación de los esfuerzos de control del tabaco con los esfuerzos relacionados de otras agencias federales a través del Comité Interagencial sobre el Tabaquismo y la Salud. Informes como este de la Dirección General de Servicios de Salud de los Estados Unidos ofrecen los datos más recientes sobre el tabaco y la salud a los científicos, los profesionales de atención médica y al público. El liderazgo en investigación y el financiamiento de subvenciones a través de los Institutos Nacionales de la Salud (NIH por sus siglas en inglés) del HHS, contribuyen a aumentar los conocimientos sobre estrategias eficaces de control del tabaco y herramientas para la cesación del tabaquismo. El Programa Nacional de Control del Tabaco, liderado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés), garantiza que estas estrategias y herramientas estén fácilmente disponibles para los programas de salud pública estatales, locales, tribales y territoriales, así como para los colaboradores que prestan servicios a una variedad de poblaciones que son afectadas, de manera desproporcionada, por el consumo de tabaco. La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) regula la fabricación, comercialización y venta de los productos de tabaco. Medicare y Medicaid ofrecen herramientas y apoyo para la cesación del tabaquismo a millones de personas en los Estados Unidos. Múltiples campañas de información para el público, como *Consejos de exfumadores*, de los CDC, y *Cada intento cuenta (Every Try Counts)*, de la FDA, educan a las personas en los Estados Unidos sobre los riesgos significativos del tabaquismo para la salud y la importancia de dejar de fumar. Además, muchas agencias en el HHS proporcionan ayuda directa a los fumadores, como el Instituto Nacional del Cáncer (NCI por sus siglas en inglés) a través de su iniciativa [Smokefree.gov](https://espanol.smokefree.gov/) (<https://espanol.smokefree.gov/>), y el portal nacional de líneas telefónicas de ayuda para dejar de fumar, 1-855-DEJELO-YA.

Estos y otros importantes esfuerzos son cruciales para mejorar la salud pública de la nación. El tabaquismo causa la muerte de casi medio millón de personas en los Estados Unidos al año, y millones más tienen enfermedades crónicas graves causadas por el tabaquismo. Sabemos que las intervenciones integrales en todos los niveles del Gobierno y por parte de colaboradores en toda la comunidad de salud pública son extremadamente eficaces para prevenir y reducir el consumo de tabaco. Seguimos comprometidos a acabar con la epidemia del consumo de tabaco en los Estados Unidos.

Prólogo

El consumo de tabaco sigue siendo la causa número uno de enfermedades, discapacidades y muertes prevenibles en los Estados Unidos. Aproximadamente 34 millones de adultos en este país fuman cigarrillos actualmente, y la mayoría de ellos lo hace a diario. Casi todos los adultos fumadores han fumado desde la adolescencia. Más de dos tercios de los fumadores dicen que quieren dejar de fumar, y cada día miles de personas tratan de hacerlo. Sin embargo, debido a que la nicotina en los cigarrillos es altamente adictiva, la mayoría de los fumadores tiene que hacer múltiples intentos para dejar de fumar para siempre.

Hoy, sabemos mucho más que nunca acerca de la ciencia de dejar de fumar. Las investigaciones muestran que los fumadores que usan herramientas, basadas en la evidencia, para ayudarlos a dejar de fumar tienen más probabilidades de lograrlo que aquellos que no usan tales herramientas, y que utilizar una combinación de estas herramientas —por ejemplo, llamar al 1-855-DÉJELO-YA y usar una terapia de reemplazo de nicotina, como los parches o la goma de mascar de nicotina, o un medicamento recetado— aumenta las tasas de éxito aún más. Los estudios también muestran que las normas que prohíben fumar en lugares públicos cerrados y en sitios de trabajo, y que aumentan el precio de los productos de tabaco fomentan la cesación del tabaquismo.

Este informe de la Dirección General de Servicios de Salud de los Estados Unidos:

- analiza la eficacia de varias herramientas y recursos para la cesación del tabaquismo;
- revisa los efectos que tiene el tabaquismo en la salud y describe las mejoras en la salud que pueden producirse cuando los fumadores dejan de fumar;
- destaca importantes datos nuevos sobre las poblaciones en las cuales la prevalencia del tabaquismo es alta y las tasas de cesación son bajas, e
- identifica los vacíos en la disponibilidad y utilización de programas, políticas y recursos que pueden mejorar las tasas de cesación y ayudar a los fumadores a que dejen de fumar.

Aunque los beneficios de dejar de fumar son mayores mientras más temprano en la vida las personas dejan de fumar, este informe confirma que nunca es demasiado tarde para dejar de fumar. Incluso las personas que han fumado por muchos años o que han fumado mucho pueden notar beneficios en la salud y económicos si dejan de fumar.

El costo económico del tabaquismo es cuantioso. Cada año, en los Estados Unidos, los gastos anuales en atención médica atribuidos al tabaquismo exceden los \$170.000 millones. Si se comparan con estos números, las estrategias integrales de prevención y control del tabaco son inversiones extremadamente eficaces en función de los costos, que producen importantes retornos. Por ejemplo, el primer año de la campaña nacional de los CDC *Consejos de exfumadores* previno miles de muertes prematuras en los Estados Unidos, y costó menos de \$500 por cada persona que dejó de fumar.

Sabemos qué es lo que funciona para prevenir y reducir el consumo de tabaco, incluso cómo ayudar de mejor manera a los fumadores para que dejen de fumar para siempre. Poner estos conocimientos en práctica previene enfermedades, salva vidas y mejora la calidad de vida de todas las personas en los Estados Unidos. En los CDC, seguimos comprometidos a apoyar el esfuerzo nacional de larga tradición para ponerle fin a la epidemia del consumo de tabaco y proporcionarles a todas las personas en este país la oportunidad de vivir libres del tabaco.

Robert R. Redfield, M.D.
Director
Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades

Prefacio

del director general de Servicios de Salud de los Estados Unidos

Uno de los logros más significativos de la salud pública en la historia moderna de los Estados Unidos ha sido la reducción del tabaquismo que se ha producido durante el último medio siglo. Hoy, la prevalencia del consumo de cigarrillos entre los adultos de los Estados Unidos se encuentra en el nivel más bajo de todos los tiempos, un 14 %. Aunque este logro general es una fuente de orgullo, todavía hay más trabajo que hacer. En la actualidad, 16 millones de personas en los Estados Unidos viven con una enfermedad relacionada con el tabaquismo. Además de los costos humanos que tiene, el tabaquismo impone una significativa carga económica en las personas en los Estados Unidos, ya que los gastos en atención médica atribuibles al tabaquismo exceden los \$170.000 millones al año.

Las investigaciones, los avances médicos y años de experiencia documentada nos han dado muchas herramientas para enfrentar la epidemia del consumo de tabaco en este país. Aunque dejar de fumar puede ser un proceso difícil para muchos fumadores, la mayoría dice que quiere hacerlo, y cada año más de la mitad hace un intento serio para dejar de fumar. Sin embargo, solo una pequeña porción de los fumadores que tratan de dejar de fumar lo logra, y solo una pequeña porción usa alguna de las ayudas probadas y eficaces que aumentarán significativamente sus probabilidades de triunfar. Este informe de la Dirección General de Servicios de Salud de los Estados Unidos sobre la cesación del tabaquismo, el 34.º acerca del tabaquismo y la salud desde 1964, analiza las investigaciones más actuales sobre este importante tema, identifica las barreras que impiden el éxito continuo en la reducción de la prevalencia del tabaquismo en todas las poblaciones, y resume las soluciones basadas en la evidencia que pueden ayudar a eliminar esas barreras.

Las intervenciones clínicas para la cesación del tabaquismo son fundamentales para que logremos nuestra meta de eliminar los devastadores efectos del tabaquismo en la salud pública. Los médicos de atención primaria, el personal de enfermería, los farmacéuticos y otros proveedores en todas las disciplinas médicas y en todos los entornos de atención médica, deberían aprovechar estas oportunidades para informar y animar a los fumadores para que dejen de fumar. Hacer eso podría permitir que medio millón de fumadores dejen de fumar al año.

Como médico, me doy cuenta perfectamente de las muchas y apremiantes demandas que los proveedores de atención médica deben abordar para proporcionar la atención médica de la más alta calidad posible a sus pacientes. Al mismo tiempo, la evidencia destacada en este informe apunta claramente al tremendo impacto positivo que los profesionales de atención médica pueden tener en la salud y calidad de vida de sus pacientes, así como en la salud pública de nuestra nación, con solo ayudar a que los fumadores dejen de fumar.

Pero los profesionales de atención médica no pueden resolver este problema de salud pública por sí solos. Todo el mundo tiene un rol en ayudar a seguir reduciendo la carga del consumo de tabaco en nuestra sociedad. Es crucial que se adopten intervenciones clínicas junto a esfuerzos más amplios a nivel de sistemas de salud y de población para fomentar y cultivar normas exitosas antitabaco y de cesación del tabaquismo. Incluso hoy, con todos los logros obtenidos en las últimas décadas, el tabaquismo sigue siendo la mayor causa individual de enfermedades y muertes prevenibles en los Estados Unidos. Como nación, podemos y no debemos ahorrar esfuerzos para reducir los completamente prevenibles costos económicos y para la salud que el tabaquismo impone en la sociedad.

Jerome M. Adams, M.D., M.P.H.
Vicealmirante, Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos
Director general de Servicios de Salud de los Estados Unidos

Información general

Fumar tabaco es la principal causa de enfermedades, discapacidades y muertes prevenibles en los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services [HHS] 2014). El tabaquismo afecta casi todos los órganos del cuerpo y le cuesta a los Estados Unidos miles de millones de dólares en costos médicos directos al año (HHS 2014). Aunque se ha hecho un progreso considerable para reducir el consumo de cigarrillos desde que se publicó el primer informe de la Dirección General de Servicios de Salud de los Estados Unidos en 1964 (HHS 2014), en el 2018, el 13.7 % de los adultos de este país (34.2 millones de personas) todavía eran fumadores corrientes de cigarrillos (Creamer et al. 2019). Una de las principales razones por las que los fumadores siguen fumando es la nicotina (HHS 1988). La nicotina, una droga que se encuentra de manera natural en la planta de tabaco, es altamente adictiva, como lo son drogas como la cocaína y la heroína; activa los circuitos de recompensa del cerebro; y refuerza la exposición reiterada a la nicotina (HHS 1988, 2010, 2014; National Institute on Drug Abuse 2018).

La mayoría de los fumadores de cigarrillos (68 %) quiere dejar de fumar por completo (Babb et al. 2017). El informe de la Dirección General de Servicios de Salud de 1990, *Los beneficios para la salud de la cesación del tabaquismo*, fue el último informe de esa entidad que se concentró en las investigaciones en curso en ese momento sobre la cesación del tabaquismo y que revisó predominantemente los beneficios que tiene para la salud el dejar de fumar (HHS 1990). Debido a la cantidad limitada de datos que se tenía en ese momento, el informe de 1990 no revisó los determinantes, los procesos ni los resultados de los intentos para dejar de fumar. La farmacoterapia para la cesación del tabaquismo no fue introducida sino hasta la década de 1980. Además, los enfoques de la consejería conductual y de otro tipo se desarrollaron con lentitud y no estaban ampliamente disponibles cuando se publicó el informe de 1990 porque pocos de ellos eran cubiertos por los seguros de salud, y programas como las sesiones de consejería grupales eran difíciles de acceder para los fumadores, incluso para aquellos que estaban motivados a dejar de fumar (Fiore et al. 1990).

El propósito de este informe es actualizar y ampliar el informe de la Dirección General de Servicios de Salud de 1990, con base en nueva evidencia científica sobre la cesación del tabaquismo. Desde 1990, la literatura científica se ha ampliado enormemente acerca de los determinantes y los procesos de la cesación del tabaquismo, fundamentando el desarrollo de intervenciones que promueven la cesación y ayudan a los fumadores a dejar de fumar (Fiore et al. 2008; Schlam and Baker 2013). Estos conocimientos y otros grandes avances han transformado el panorama

de la cesación del tabaquismo en los Estados Unidos. Este informe resume estos mejores conocimientos y específicamente revisa los patrones y las tendencias de la cesación del tabaquismo; los mecanismos biológicos; los distintos beneficios para la salud; la morbilidad, la mortalidad y los beneficios económicos en general; las intervenciones; y las políticas que promueven la cesación del tabaquismo.

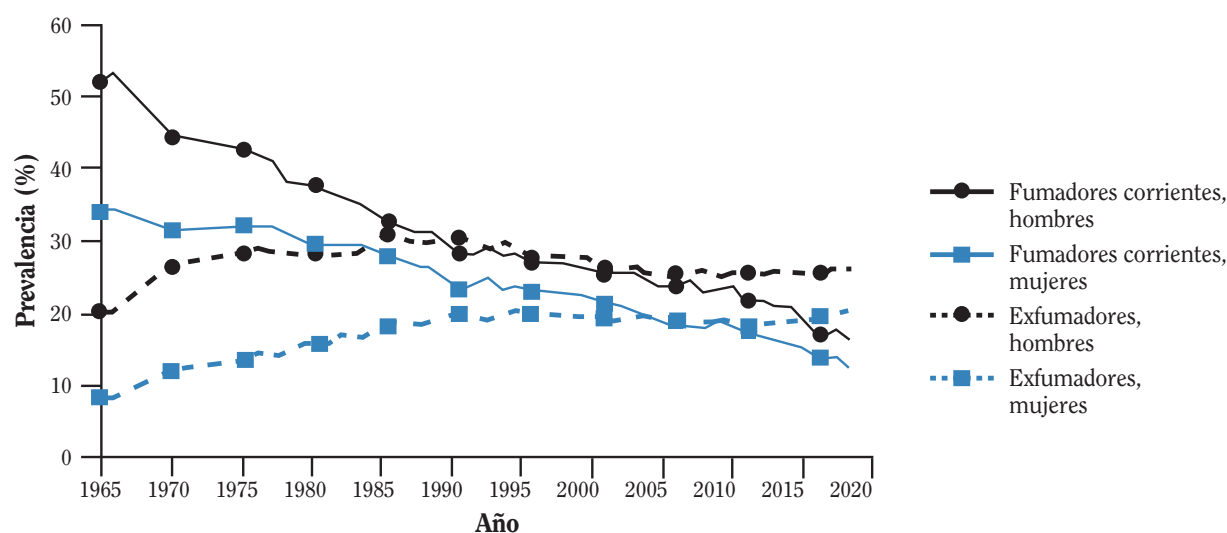
Desde 1965 hasta el 2017, la prevalencia del tabaquismo corriente disminuyó del 52.0 % al 15.8 % (cambio porcentual relativo: 69.6 %) entre los hombres y del 34.1 % al 12.2 % (cambio porcentual relativo: 64.2 %) entre las mujeres (figura ES.1). Estas disminuciones han sido atribuidas, en parte, al progreso que se ha hecho en la cesación del tabaquismo desde la década de 1960, el cual ha continuado desde el informe de la Dirección General de Servicios de Salud de 1990. Específicamente, las comunidades clínicas, científicas y de salud pública han adoptado cada vez más y tomado medidas sobre el concepto del consumo de tabaco y la dependencia al tabaco como una afección que puede beneficiarse de tratamientos de distintos tipos y niveles de intensidad. Por ello, ahora hay disponible una gama considerable de opciones eficaces de tratamiento farmacológico y conductual para la cesación del tabaquismo. Hasta el 16 de octubre del 2019, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) había aprobado cinco terapias de reemplazo de nicotina (NRT por sus siglas en inglés) y dos medicamentos orales sin nicotina para ayudar a los fumadores a dejar de fumar, y el uso de estos tratamientos se ha ampliado para incluir una mayor integración con el apoyo de consejería (Fiore et al. 2008).

Además, el alcance de las intervenciones para la cesación del tabaquismo ha aumentado considerablemente desde 1990 con la aparición de innovadoras intervenciones y políticas a nivel poblacional, que motivan a los fumadores a que dejen de fumar y aumentan la concientización sobre los beneficios que tiene para la salud la cesación del tabaquismo (McAfee et al. 2013). Esto incluye políticas, como las leyes integrales que garantizan ambientes libres de humo, que han demostrado que fomentan la cesación a nivel poblacional, además de reducir la exposición al humo de segunda mano (HHS 2014). El desarrollo y la posterior ampliación de los centros de llamadas telefónicas (“líneas telefónicas de ayuda para dejar de fumar”), las tecnologías de teléfonos móviles, las aplicaciones en Internet, y otras innovaciones, han creado nuevas plataformas para proporcionar tratamientos conductuales y farmacológicos para la cesación del tabaquismo (Ghorai et al. 2014). Sin embargo, la diversificación continua de los productos de tabaco podría tener varios efectos potenciales distintos que

van desde acelerar las tasas de cesación completa entre los adultos fumadores hasta eliminar el progreso en la reducción de todos los tipos de uso de productos de tabaco, especialmente entre los jóvenes y los adultos jóvenes. Por ejemplo, la cada vez mayor disponibilidad y el rápido aumento en el uso de productos de tabaco nuevos, en particular los cigarrillos electrónicos, generan preguntas sobre el impacto potencial que tales productos podrían tener en los esfuerzos para eliminar las enfermedades y muertes causadas por el consumo de tabaco a nivel individual y de población. Por lo tanto, al considerar el impacto de los cigarrillos electrónicos en la salud pública, es fundamental evaluar sus efectos en los adultos y en los jóvenes.

De manera colectiva, los cambios citados en este informe proporcionan nuevas oportunidades y desafíos para entender y fomentar la cesación del tabaquismo en los Estados Unidos. Sin embargo, el amplio conjunto de estrategias clínicas, poblacionales y de sistemas de salud basadas en la evidencia, para la prevención, el control y la cesación del tabaquismo, que se describen en este informe, son un medio necesario, pero insuficiente para terminar con la epidemia del tabaco. Alcanzar la meta requerirá la coordinación entre todas las agencias del Gobierno federal y otras partes interesadas gubernamentales y no gubernamentales a nivel nacional, estatal y local. Para lograr el éxito, debemos trabajar juntos para maximizar los recursos y coordinar los esfuerzos a lo largo de una amplia gama de partes interesadas.

Figura ES.1 Tendencias en la prevalencia (%) del consumo de cigarrillos corriente y pasado entre los adultos de 18 años de edad o más, por sexo; Encuesta Nacional de Entrevistas de Salud (NHIS por sus siglas en inglés) 1965-2017; Estados Unidos



Fuente: NHIS, Centro Nacional de Estadísticas de Salud, datos de uso público, 1965-2017.

Nota: Desde 1965 hasta el 2017, se reportaron los datos de los siguientes años: 1965, 1966, 1970, 1974, 1976-1980, 1983, 1985, 1987, 1988, 1990-1995, y 1997-2017.

Conclusiones principales del informe

1. La cesación del tabaquismo es beneficiosa a cualquier edad. La cesación del tabaquismo mejora el estado de salud y la calidad de vida.
2. La cesación del tabaquismo reduce el riesgo de muerte prematura y puede agregarle hasta una década a la expectativa de vida.
3. El tabaquismo impone una carga económica considerable en los fumadores, los sistemas de atención médica y la sociedad. La cesación del tabaquismo reduce esta carga, incluso los gastos en atención médica atribuibles al tabaquismo.
4. La cesación del tabaquismo reduce el riesgo de muchos efectos adversos en la salud, incluidos resultados en la salud reproductiva, enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cáncer. Dejar de fumar también es beneficioso para aquellos que han recibido un diagnóstico de enfermedad cardíaca y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
5. Más de tres de cada cinco adultos en los Estados Unidos que alguna vez han fumado cigarrillos han dejado de fumar. Aunque todos los años la mayoría de los fumadores de cigarrillos hace un intento por dejar de fumar.

- fumar, menos de un tercio usa medicamentos para la cesación aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos o consejería conductual para apoyar esos intentos.
6. Hay disparidades considerables en la prevalencia del tabaquismo en la población de los Estados Unidos; hay una prevalencia más alta en algunos subgrupos. De manera similar, la prevalencia de indicadores clave de la cesación del tabaquismo —intentos para dejar de fumar, recibir consejos para dejar de fumar por parte de un profesional de la salud y usar terapias de cesación— también varía en la población; hay una prevalencia más baja en algunos subgrupos.
 7. Los medicamentos para la cesación del tabaquismo aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos y la consejería conductual son estrategias de cesación eficaces en función de los costos. Los medicamentos para la cesación, aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, y la consejería conductual aumentan la probabilidad de dejar de fumar con éxito, en particular cuando se usan en combinación. Utilizar combinaciones de terapias de reemplazo de nicotina puede aumentar aún más la probabilidad de dejar de fumar.
 8. Una cobertura, por parte del seguro, para el tratamiento de cesación del tabaquismo que sea integral, libre de barreras y ampliamente fomentada aumenta el uso de estos servicios de tratamiento, lleva a tasas más altas de cesación del tabaquismo exitosa, y es eficaz en función de los costos.
 9. Los cigarrillos electrónicos, un grupo de productos continuamente cambiante y heterogéneo, se usan de distinta manera. Por consiguiente, es difícil hacer generalizaciones sobre la eficacia de la cesación basadas en ensayos clínicos de un tipo de cigarrillo electrónico en particular, y actualmente no hay pruebas suficientes para concluir que los cigarrillos electrónicos, en general, aumentan la cesación del tabaquismo.
 10. Se puede incrementar la cesación del tabaquismo al aumentar los precios de los cigarrillos, adoptar políticas integrales que garanticen ambientes libres de humo, implementar campañas en los medios de comunicación masiva, requerir advertencias de salud ilustradas, y mantener programas de control del tabaco integrales a nivel estatal.

Preparación del informe

Este informe de la Dirección General de Servicios de Salud de los Estados Unidos fue preparado por la Oficina de Tabaquismo y Salud, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés), que forma parte del USDHHS. Este informe se compiló usando un proceso de larga tradición, revisado por expertos, balanceado e integral, diseñado para salvaguardar el rigor científico y la relevancia práctica de influencias que podrían afectar de manera adversa su imparcialidad (King et al. 2018). Este proceso ayuda a garantizar que las conclusiones del informe sean definidas por la evidencia, en vez de las opiniones de los autores y editores. En resumen, bajo el liderazgo de un equipo editorial, científico y sénior, 32 expertos escribieron los borradores iniciales de los capítulos. Estos expertos fueron seleccionados por sus conocimientos sobre los temas abordados. Estas contribuciones, que se presentan en forma resumida en los capítulos del 1 al 7, fueron evaluadas por 46 revisores expertos. Después de esta fase inicial de revisión por parte de expertos, más de 20 científicos sénior y otros

expertos examinaron la integridad científica de todo el manuscrito como parte de una segunda fase de revisión por parte de expertos. Después de cada ronda de revisión de expertos, los editores científicos del informe corrigieron cada borrador con base en los comentarios de los revisores. El capítulo 8, que resume y se basa en el contenido previo del informe, fue escrito por el equipo editorial, científico y sénior una vez que se completó la revisión por expertos del contenido de los capítulos 1 al 7. Posteriormente, el informe fue revisado por varios institutos y agencias del Gobierno estadounidense, incluido el HHS. A lo largo de todo el proceso de revisión, el contenido de cada capítulo fue actualizado para incluir estudios e información que no estaban disponibles cuando se escribieron por primera vez; se hicieron actualizaciones hasta poco antes de que el informe fuera enviado para su publicación. Estas actualizaciones reflejan el alcance completo de la evidencia identificada, incluidos los nuevos hallazgos que confirman, refutan o refinan el contenido inicial. Las conclusiones se basan en la preponderancia y calidad de la evidencia científica.

Base científica del informe

Las afirmaciones y conclusiones que aparecen en todo este informe se basan en una amplia revisión de la literatura científica existente. Por consiguiente, el informe se concentra principalmente en la cesación del tabaquismo en el contexto de los adultos porque esta es la población para la cual existe la preponderancia de la literatura científica sobre este tema; sin embargo, también se presentan datos sobre los jóvenes y los adultos jóvenes cuando están disponibles. El informe cita principalmente artículos de revistas revisados por expertos, incluidas revisiones que integran los hallazgos de numerosos estudios y libros que fueron publicados entre el 2000 y el 2018, lo cual refleja el periodo posterior al último informe de la Dirección General de Servicios de Salud de los Estados Unidos sobre el tema de la cesación. Este informe también remite, en ocasiones, a investigaciones que no han sido publicadas, como presentaciones que se han hecho en reuniones profesionales, mensajes personales de investigadores, e información disponible en varios medios. Estas referencias se usan cuando los editores y revisores las reconocen como científicamente válidas y confiables, y como una adición crucial para la literatura científica emergente sobre un tema. Durante todo el proceso de redacción y revisión, se le dio máxima prioridad a la investigación científica y revisada por expertos, que está libre de los intereses de la industria tabacalera. Como se indicó en el informe de la Dirección General de Servicios de Salud de los Estados Unidos del 2014, la industria tabacalera tiene un historial bien documentado de manipulación de la información científica sobre el alcance de los daños causados por el consumo de cigarrillos (HHS 2014).

Siguiendo el modelo del informe de 1964, este informe de la Dirección General de Servicios de Salud incluye compilaciones exhaustivas de la evidencia sobre la cesación del tabaquismo. La evidencia es analizada para identificar asociaciones causales de acuerdo con los principios enunciados, que a veces se conocen como los “criterios de la Dirección General de Servicios de Salud” o los criterios “Hill” (por Sir Austin Bradford Hill) para la causalidad. Los criterios, que se presentan en el capítulo 3 del informe de 1964, incluyen:

- regularidad de la asociación,
- fuerza de la asociación,
- especificidad de la asociación,
- relación temporal de la asociación, y

- coherencia de la asociación (U.S. Department of Health, Education, and Welfare [USDHEW] 1964, p. 20).

En el informe de la Dirección General de Servicios de Salud de los Estados Unidos del 2004 (HHS 2004), se volvió a revisar en profundidad el marco para interpretar la evidencia sobre el tabaquismo y la salud por primera vez desde el informe de 1964. El informe del 2004 proporcionó una jerarquía de categorías de cuatro niveles para interpretar la evidencia, y el informe actual sigue el mismo modelo:

- a. “La evidencia es **suficiente** para inferir una relación causal.
- b. La evidencia es **indicativa, pero no suficiente** para inferir una relación causal.
- c. La evidencia es **insuficiente** para inferir la presencia o ausencia de una relación causal (lo cual abarca la evidencia que es escasa, de mala calidad o contradictoria).
- d. La evidencia es **indicativa de que no hay una relación causal**” (HHS 2004, p. 18).

Las respuestas a varias preguntas ayudaron a orientar las decisiones hacia estas categorías:

- ¿Muestran múltiples estudios de alta calidad una asociación constante entre el tabaquismo y la enfermedad?
- ¿Son los efectos que se midieron suficientemente amplios y estadísticamente sólidos?
- ¿Muestra la evidencia que el tabaquismo ocurre antes de que se presente la enfermedad (una asociación temporal)?
- ¿Es la relación entre el tabaquismo y la enfermedad coherente o verosímil en lo que se refiere a principios científicos conocidos, mecanismos biológicos y patrones de enfermedad observados?
- ¿Existe una relación dosis-respuesta entre el tabaquismo y la enfermedad?
- ¿Se reduce el riesgo de la enfermedad si se deja de fumar?

Las categorías reconocen que la evidencia puede ser “indicativa, pero no suficiente” para inferir una relación causal, y las categorías permiten que haya evidencia “indicativa de que no hay una relación causal”. Este marco también separa las conclusiones acerca de la causalidad de las implicaciones de tales conclusiones. La inferencia es clara y completamente separada de las implicaciones de las conclusiones para las políticas o las investigaciones,

así que se adhieren al enfoque establecido en el informe de 1964. Sin embargo, de acuerdo con informes previos de la Dirección General de Servicios de Salud de los Estados Unidos sobre el tabaco, las conclusiones no se limitan solamente a determinaciones causales y con frecuencia incluyen recomendaciones para las investigaciones, políticas u otras medidas.

Resúmenes y conclusiones de los capítulos

Capítulo 2: Patrones de la cesación del tabaquismo entre adultos, adultos jóvenes y jóvenes en los Estados Unidos

El capítulo 2 documenta los patrones y las tendencias clave en la cesación del tabaquismo en los Estados Unidos entre los adultos en general (personas de 18 años o más), los adultos jóvenes (18-24 años), y los jóvenes (12-17 años). El capítulo también revisa las cambiantes características demográficas y relacionadas con el tabaquismo de los fumadores de cigarrillos, enfocándose en cómo estos cambios podrían influir en futuras tendencias en la cesación.

Este capítulo también describe las persistentes disparidades en la cesación por edad, raza o grupo étnico, nivel de estudios, tipo de seguro de salud, y otras características demográficas. El capítulo destaca las tendencias y los recientes hallazgos en cuanto a varias mediciones distintas, incluido el cociente de personas que han dejado de fumar (la proporción de quienes alguna vez fumaron y que ahora son exfumadores); reciente cesación exitosa; intentos para dejar de fumar el último año; interés en dejar de fumar; recepción de consejos sobre la cesación dados por profesionales de atención médica; y uso de estrategias de cesación eficaces, como consejería conductual y medicamentos. Como con previos informes de la Dirección General de Servicios de Salud de los Estados Unidos, el capítulo se centra principalmente en el consumo de cigarrillos (HHS 1990, 2014); sin embargo, debido a los cambiantes patrones del consumo de productos de tabaco en los Estados Unidos, también trata la cesación con relación a todos los productos de tabaco.

Conclusiones

1. En los Estados Unidos, más de tres de cada cinco adultos que alguna vez fueron fumadores de cigarrillos han dejado de fumar.
2. Los intentos para dejar de fumar en el último año

y las cesaciones recientes y de mayor duración han aumentado en las últimas 2 décadas entre los adultos fumadores de cigarrillos.

3. Las notables disparidades en los comportamientos de cesación, como haber hecho un intento para dejar de fumar en el último año y haber tenido éxito recientemente con la cesación, persisten en ciertos subgrupos poblacionales definidos por el nivel de estudios alcanzado, la situación de pobreza, la edad, si se tiene o no un seguro de salud, la raza o el grupo étnico, y la ubicación geográfica.
4. Desde el año 2000, los profesionales de la salud han proporcionado más consejos para dejar de fumar; sin embargo, cuatro de cada nueve adultos que fuman cigarrillos y que vieron a un profesional de la salud durante el último año no recibieron consejos para dejar de fumar.
5. El uso de consejería o de medicamentos para la cesación del tabaquismo, basados en la evidencia, ha aumentado desde el 2000 entre los adultos que fuman cigarrillos; sin embargo, más de dos tercios de los adultos fumadores de cigarrillos que trataron de dejar de fumar durante el último año no usaron un tratamiento basado en la evidencia.
6. Una gran proporción de los adultos que fuman reportan usar enfoques que no se basan en la evidencia al tratar de dejar de fumar, como cambiarse a otros productos de tabaco.

Capítulo 3: Nuevos conocimientos biológicos sobre la cesación del tabaquismo

El capítulo 3 se centra en cómo la biología puede influir en la cesación del tabaquismo y revisa cuatro áreas de investigación intensiva desde la publicación del informe de la Dirección General de Servicios de Salud

de los Estados Unidos del 2010: (1) biología celular y molecular de la adicción a la nicotina; (2) vacunas y otras inmunoterapias como tratamientos para la adicción al tabaco; (3) conocimientos sobre la cesación del tabaquismo provenientes del campo de la neurobiología; y (4) estudios genéticos de los fenotipos del tabaquismo.

Los mecanismos biológicos subyacentes a la adicción a la nicotina siguen siendo un tema de gran interés para las investigaciones, y han surgido varios objetivos farmacoterapéuticos prometedores. Por ejemplo, la adquisición de conocimientos básicos sobre el funcionamiento de los receptores nicotínicos de la acetilcolina (nAChRs por sus siglas en inglés) llevó al desarrollo de medicamentos específicos para la cesación del tabaquismo actualmente en uso, y las investigaciones se beneficiarían de conocimientos adicionales sobre los mecanismos moleculares (HHS 2010). El informe de la Dirección General de Servicios de Salud de los Estados Unidos del 2010, *Cómo el humo del tabaco causa enfermedades: las bases biológicas y conductuales de las enfermedades atribuibles al tabaquismo*, describió la farmacocinética de la nicotina, la farmacología conductual de la adicción a la nicotina, y los genotipos y subtipos de receptores conocidos que contribuyen a la adicción a la nicotina (HHS 2010).

Conclusiones

1. La evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que aumentar el transporte de glutamato puede aliviar los síntomas de abstinencia de la nicotina y prevenir una recaída.
2. La evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que los sistemas de neuropéptidos desempeñan un rol en múltiples fases del proceso de adicción a la nicotina, y que modular el funcionamiento de ciertos neuropéptidos puede reducir el comportamiento relacionado con el tabaquismo en los seres humanos.
3. La evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que dirigirse al tracto habenuointerpeduncular con agentes que aumenten las propiedades aversivas de la nicotina son un objetivo terapéutico útil para la cesación del tabaquismo.
4. La evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que las vacunas que generen niveles adecuados de anticuerpos específicos contra la nicotina pueden bloquear los efectos adictivos de la nicotina y servir de ayuda para la cesación del tabaquismo.
5. La evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que los circuitos cerebrales desregulados, incluidas las regiones corticales prefrontal y del cíngulo, y sus conexiones con varios locus del cuerpo estriado y de la ínsula, pueden servir como objetivos terapéuticos nuevos para la cesación del tabaquismo.
6. La evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que la eficacia de la terapia de reemplazo de nicotina podría variar en los grupos de genotipos específicos.

Capítulo 4: Los beneficios para la salud de la cesación del tabaquismo

El capítulo 4 revisa los hallazgos sobre los riesgos de enfermedad causada por el tabaquismo y cómo estos riesgos cambian después de la cesación del tabaquismo en cuanto a los principales tipos de enfermedades crónicas, como el cáncer, los aparatos cardiovascular y respiratorio, y una amplia gama de resultados relacionados con la reproducción. Los estudios más recientes amplían la evidencia observacional que documenta los beneficios de la cesación del tabaquismo y provee conocimientos sobre los mecanismos subyacentes a estos beneficios. La revisión de la cesación del tabaquismo y los resultados relacionados con la reproducción documenta los beneficios que tiene para la salud la cesación del tabaquismo materna en todas las fases de la reproducción, desde antes de la concepción hasta el nacimiento, y también para la salud reproductiva del hombre.

Este capítulo también aborda los beneficios clínicamente relevantes de la cesación para mitigar los efectos de las enfermedades, en particular en personas con cáncer y cardiopatía coronaria. Este tema general fue mencionado en informes previos de la Dirección General de Servicios de Salud de los Estados Unidos (HHS 1982, 1983, 1990, 2004), y las consecuencias del tabaquismo después de un diagnóstico de cáncer recibieron atención específica en el informe de la Dirección General de Servicios de Salud del 2014, lo cual llevó a la conclusión de que fumar cigarrillos tiene efectos causales adversos en las personas que ya han recibido un diagnóstico de cáncer (HHS 2014). Este capítulo también revisa la cesación y las enfermedades cardiovasculares, y las implicaciones de la cesación en la historia natural de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Conclusiones

Cáncer

1. La evidencia es suficiente para inferir que la cesación del tabaquismo reduce el riesgo de cáncer de pulmón.
2. La evidencia es suficiente para inferir que la cesación del tabaquismo reduce el riesgo de cáncer de laringe.

3. La evidencia es suficiente para inferir que la cesación del tabaquismo reduce el riesgo de cáncer de la cavidad oral y de faringe.
 4. La evidencia es suficiente para inferir que la cesación del tabaquismo reduce el riesgo de cáncer de esófago.
 5. La evidencia es suficiente para inferir que la cesación del tabaquismo reduce el riesgo de cáncer de páncreas.
 6. La evidencia es suficiente para inferir que la cesación del tabaquismo reduce el riesgo de cáncer de vejiga.
 7. La evidencia es suficiente para inferir que la cesación del tabaquismo reduce el riesgo de cáncer de estómago.
 8. La evidencia es suficiente para inferir que la cesación del tabaquismo reduce el riesgo de cáncer colorrectal.
 9. La evidencia es suficiente para inferir que la cesación del tabaquismo reduce el riesgo de cáncer de hígado.
 10. La evidencia es suficiente para inferir que la cesación del tabaquismo reduce el riesgo de cáncer de cuello uterino.
 11. La evidencia es suficiente para inferir que la cesación del tabaquismo reduce el riesgo de cáncer de riñón.
 12. La evidencia es suficiente para inferir que la cesación del tabaquismo reduce el riesgo de leucemia mielógena aguda.
 13. La evidencia es suficiente para inferir que el riesgo relativo de cáncer de pulmón disminuye constantemente después de la cesación del tabaquismo en comparación con el riesgo para las personas que siguen fumando. Aproximadamente, entre 10 a 15 años después de la cesación del tabaquismo, el riesgo disminuye a la mitad del que tienen los fumadores que continúan fumando y sigue disminuyendo aún más con la cesación continua.
- La cesación del tabaquismo después de un diagnóstico de cáncer**
1. La evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir una relación causal entre la cesación del tabaquismo y una mejor mortalidad por todas las causas en pacientes con cáncer que sean fumadores al momento de recibir el diagnóstico de cáncer.
- Enfermedades cardiovasculares**
1. La evidencia es suficiente para inferir que la cesación del tabaquismo reduce los niveles de marcadores de inflamación e hipercoagulabilidad y lleva a mejoras rápidas en el nivel de colesterol de lipoproteínas de alta densidad.
 2. La evidencia es suficiente para inferir que la cesación del tabaquismo lleva a una reducción en el desarrollo de aterosclerosis subclínica, y que la evolución se hace más lenta a medida que el tiempo desde la cesación se alarga.
 3. La evidencia es suficiente para inferir que la cesación del tabaquismo reduce el riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular, y la carga de enfermedad causada por las enfermedades cardiovasculares.
 4. La evidencia es suficiente para inferir que el riesgo relativo de cardiopatía coronaria entre los exfumadores, en comparación con los que nunca han sido fumadores, cae rápidamente después de la cesación y luego disminuye más lentamente.
 5. La evidencia es suficiente para inferir que la cesación del tabaquismo reduce el riesgo de morbilidad y mortalidad por accidente cerebrovascular.
 6. La evidencia es suficiente para inferir que, después de la cesación del tabaquismo, el riesgo de accidente cerebrovascular se acerca al de los que nunca han sido fumadores.
 7. La evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que la cesación del tabaquismo reduce el riesgo de fibrilación auricular.
 8. La evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que la cesación del tabaquismo reduce el riesgo de muerte súbita de origen cardíaco entre las personas sin cardiopatía coronaria.
 9. La evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que la cesación del tabaquismo reduce el riesgo de insuficiencia cardíaca entre los exfumadores en comparación con las personas que siguen fumando.
 10. Entre los pacientes con disfunción del ventrículo izquierdo, la evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que la cesación del tabaquismo lleva a una mayor supervivencia y a un menor riesgo de hospitalización por insuficiencia cardíaca.
 11. La evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que la cesación del tabaquismo reduce el riesgo de tromboembolismo venoso.
 12. La evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que la cesación del tabaquismo reduce considerablemente el riesgo de enfermedad arterial periférica entre los exfumadores en comparación

con las personas que siguen fumando, y que esta reducción parece aumentar con el paso del tiempo desde la cesación.

13. La evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que, entre los pacientes con enfermedad arterial periférica, la cesación del tabaquismo mejora la tolerancia al ejercicio, reduce el riesgo de amputación después de la cirugía arterial periférica y aumenta la supervivencia en general.
14. La evidencia es suficiente para inferir que la cesación del tabaquismo reduce considerablemente el riesgo de aneurisma aórtico abdominal en los exfumadores en comparación con las personas que siguen fumando, y que esta reducción aumenta con el paso del tiempo desde la cesación.
15. La evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que la cesación del tabaquismo disminuye el ritmo de expansión del aneurisma aórtico abdominal.

La cesación del tabaquismo después de un diagnóstico de cardiopatía coronaria

1. En los pacientes que son fumadores cuando reciben el diagnóstico de cardiopatía coronaria, la evidencia es suficiente para inferir una relación causal entre la cesación del tabaquismo y una reducción en la mortalidad por todas las causas.
2. En los pacientes que son fumadores cuando reciben el diagnóstico de cardiopatía coronaria, la evidencia es suficiente para inferir una relación causal entre la cesación del tabaquismo y reducciones en la cantidad de muertes por causas cardíacas y muerte súbita.
3. En los pacientes que son fumadores cuando reciben el diagnóstico de cardiopatía coronaria, la evidencia es suficiente para inferir una relación causal entre la cesación del tabaquismo y un menor riesgo de eventos cardíacos nuevos y recurrentes.

Enfermedades respiratorias crónicas

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

1. La cesación del tabaquismo sigue siendo la única intervención establecida para reducir la pérdida del funcionamiento pulmonar a lo largo del tiempo entre las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y para reducir el riesgo de que los fumadores de cigarrillos presenten esta enfermedad.
2. La evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que la inflamación de las vías respiratorias en los fumadores de cigarrillos persiste meses a años después de la cesación del tabaquismo.

3. La evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que los cambios en la metilación de genes y perfiles de proteínas ocurre después de la cesación del tabaquismo.
4. La evidencia es insuficiente para inferir la presencia o ausencia de una relación entre la cesación del tabaquismo y cambios en el microbioma pulmonar.

Asma

1. La evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que la cesación del tabaquismo reduce los síntomas del asma y mejora los resultados del tratamiento y los puntajes de la calidad de vida específicos para el asma entre las personas que tienen asma y fuman.
2. La evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que la cesación del tabaquismo mejora el funcionamiento de los pulmones entre las personas que tienen asma y fuman.

Salud reproductiva

1. La evidencia es suficiente para inferir que la cesación del tabaquismo por parte de las mujeres embarazadas beneficia su salud y la de los fetos y recién nacidos.
2. La evidencia es insuficiente para inferir que la cesación del tabaquismo antes o durante la primera etapa del embarazo reduce el riesgo de desprendimiento de la placenta en comparación con el tabaquismo continuo.
3. La evidencia es insuficiente para inferir que la cesación del tabaquismo antes o durante el embarazo reduce el riesgo de tener placenta previa en comparación con el tabaquismo continuo.
4. La evidencia es insuficiente para inferir que la cesación del tabaquismo antes o durante el embarazo reduce el riesgo de ruptura prematura de las membranas en comparación con el tabaquismo continuo.
5. La evidencia es insuficiente para inferir que fumar solamente durante la primera etapa del embarazo o a mediados de este, y no durante los últimos meses del embarazo, se asocia a un menor riesgo de preeclampsia.
6. La evidencia es suficiente para inferir que las mujeres que dejan de fumar antes o durante el embarazo aumentan más de peso durante la gestación que aquellas que siguen fumando.

7. La evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que las mujeres que dejan de fumar antes o durante el embarazo aumentan más de peso durante la gestación que las no fumadoras.
8. La evidencia es insuficiente para inferir que la cesación del tabaquismo durante el embarazo aumenta el riesgo de diabetes gestacional.
9. La evidencia es suficiente para inferir que la cesación del tabaquismo durante el embarazo reduce los efectos del tabaquismo en el crecimiento fetal y que dejar de fumar en la primera etapa del embarazo elimina los efectos adversos del tabaquismo en el crecimiento fetal.
10. La evidencia es insuficiente para determinar la edad gestacional antes de la cual debería ocurrir la cesación del tabaquismo para eliminar los efectos del tabaquismo en el crecimiento fetal.
11. La evidencia es suficiente para inferir que la cesación del tabaquismo antes o durante la primera etapa del embarazo reduce el riesgo de que el bebé nazca pequeño para la edad gestacional en comparación con el tabaquismo continuo.
12. La evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que las mujeres que dejan de fumar antes de concebir o durante la primera etapa del embarazo tienen un menor riesgo de parto prematuro en comparación con las mujeres que siguen fumando.
13. La evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que el riesgo de parto prematuro en las mujeres que dejan de fumar antes o durante la primera etapa del embarazo no difiere del de las no fumadoras.
14. La evidencia es insuficiente para inferir que la cesación del tabaquismo durante el embarazo reduce el riesgo de muerte fetal.
15. La evidencia es insuficiente para inferir que la cesación del tabaquismo durante el embarazo reduce el riesgo de mortalidad perinatal entre las fumadoras.
16. La evidencia es insuficiente para inferir que las mujeres que dejan de fumar antes o durante la primera etapa del embarazo tienen un menor riesgo de mortalidad infantil en comparación con las fumadoras que siguen fumando.
17. La evidencia es insuficiente para inferir una asociación entre la cesación del tabaquismo, el momento en que ocurre la cesación, y la fertilidad o la fecundidad femenina.
18. La evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que la cesación del tabaquismo reduce el riesgo de que la menopausia se produzca a una edad más temprana en comparación con el tabaquismo continuo.
19. La evidencia es insuficiente para inferir que la cesación del tabaquismo reduce los efectos del tabaquismo en la fertilidad masculina y en la calidad de los espermatozoides.
20. La evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que los exfumadores están en mayor riesgo de disfunción eréctil en comparación con los que nunca han sido fumadores.
21. La evidencia es insuficiente para inferir que la cesación del tabaquismo reduce el riesgo de disfunción eréctil en comparación con el tabaquismo continuo.

Capítulo 5: Los beneficios de la cesación del tabaquismo en la morbilidad, la mortalidad y en los costos económicos en general

El capítulo 5 considera amplios indicadores de la carga en relación con la cesación del tabaquismo, incluida la morbilidad, la mortalidad y los costos económicos. Las mediciones generales de la salud pueden ser informativas porque proporcionan un indicador integrador de la carga para la salud que recae en los fumadores y en la sociedad en general. Inicialmente, el capítulo considera la manera en que los indicadores generales de la salud pueden cambiar después de la cesación del tabaquismo. Este tipo de información es imprescindible para informar a los fumadores acerca de los potenciales beneficios de la cesación y sirve como un sólido fundamento para proporcionar intervenciones que puedan ayudar a aumentar el éxito de la cesación del tabaquismo. Puede que tales programas sean ofrecidos a través de organizaciones de atención médica, comunidades, estados y otras organizaciones. Se sabe que el tabaquismo genera costos en atención médica y otros costos económicos, y que afecta a la economía de los hogares de los fumadores (HHS 2014).

Además de los costos humanos directos que fumar impone en las personas y en la sociedad, una medición general con implicaciones reconocidas para las políticas y la práctica de la salud pública es el costo económico del tabaquismo. En informes previos de la Dirección General de Servicios de Salud sobre el tabaco, se han revisado periódicamente los costos económicos del tabaquismo, a los que se les hace un seguimiento con el modelo de los CDC de mortalidad, morbilidad y costos económicos atribuibles al tabaquismo (SAMMEC, por sus siglas en

inglés). Este capítulo amplía este trabajo enfocándose en la literatura científica disponible más recientemente acerca de los beneficios económicos de la cesación del tabaquismo, mientras también complementa los tipos de estimaciones de costos previamente proporcionados por el modelo de SAMMEC.

Conclusiones

1. La evidencia es suficiente para inferir que la cesación del tabaquismo mejora el bienestar, lo cual incluye una calidad de vida más alta y un mejor estado de salud.
2. La evidencia es suficiente para inferir que la cesación del tabaquismo reduce la mortalidad y aumenta la longevidad.
3. La evidencia es suficiente para inferir que el tabaquismo impone un alto costo para los fumadores, los sistemas de atención médica y la sociedad.
4. La evidencia es suficiente para inferir que las intervenciones para la cesación del tabaquismo son eficaces en función de los costos.

Capítulo 6: Intervenciones para la cesación del tabaquismo y tratamientos para la dependencia a la nicotina

El capítulo 6 revisa tanto los tratamientos basados en la evidencia como los emergentes para la cesación del tabaquismo. Un conjunto importante de datos destaca la eficacia de múltiples tratamientos que pueden duplicar o triplicar la tasa de éxito para dejar de fumar (Fiore et al. 2008; Prochaska and Benowitz 2016). Específicamente, los actuales enfoques de tratamientos basados en la evidencia para la cesación del tabaquismo incluyen varios tratamientos conductuales —como consejería individual, grupal y telefónica— y siete farmacoterapias aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés). Estos tratamientos han demostrado ser eficaces cuando se proveen en una amplia variedad de entornos, por medio de varias plataformas, y a una diversidad de poblaciones, incluidos grupos que han sido impactados por el consumo de tabaco de manera desproporcionada, como las poblaciones de bajos ingresos, y las poblaciones con otras afecciones concurrentes, como afecciones de salud conductual (U.S. Preventive Services Task Force 2015).

Este capítulo también destaca temas y avances clave asociados al contenido y provisión de intervenciones para la cesación del tabaquismo, con un enfoque en la evidencia emergente que puede fundamentar los futuros esfuerzos de

cesación del tabaquismo. Algunos caminos prometedores son aprovechar las tecnologías emergentes para mejorar la participación continua de los fumadores en el tratamiento de cesación, acelerar la integración de los servicios de cesación a través de múltiples plataformas y dentro de los sistemas de atención médica, y desarrollar nuevos medicamentos para la cesación del tabaquismo y nuevas indicaciones para los medicamentos existentes.

Conclusiones

1. La evidencia es suficiente para inferir que la consejería conductual y las intervenciones con medicamentos para la cesación aumentan la cesación del tabaquismo en comparación con el uso de materiales de autoayuda o si no se sigue ningún tratamiento.
2. La evidencia es suficiente para inferir que la consejería conductual y los medicamentos para la cesación son eficaces de manera independiente para aumentar la cesación del tabaquismo, e incluso más eficaces cuando se usan en combinación.
3. La evidencia es suficiente para inferir que la consejería proactiva de las líneas telefónicas de ayuda para dejar de fumar, cuando se proporciona por sí sola o en combinación con medicamentos para la cesación, aumenta la cesación del tabaquismo.
4. La evidencia es suficiente para inferir que los servicios de mensajes de texto cortos sobre la cesación son eficaces de manera independiente para aumentar la cesación del tabaquismo, en particular si son interactivos o adaptados a las respuestas individuales de los textos.
5. La evidencia es suficiente para inferir que las intervenciones basadas en la web o Internet aumentan la cesación del tabaquismo y pueden ser más eficaces cuando contienen técnicas para cambiar comportamientos y componentes interactivos.
6. La evidencia es insuficiente para inferir que las aplicaciones de teléfonos inteligentes para la cesación del tabaquismo son eficaces de manera independiente para aumentar la cesación del tabaquismo.
7. La evidencia es suficiente para inferir que combinar tipos de terapia de reemplazo de nicotina de acción corta con tipos de terapia de acción prolongada aumenta la cesación del tabaquismo en comparación con el uso de un solo tipo de terapia de reemplazo de nicotina.
8. La evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que precargar (p. ej., iniciar la medicación para

la cesación antes de empezar el intento para dejar de fumar), especialmente con el parche de nicotina, puede aumentar la cesación del tabaquismo.

9. La evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que los cigarrillos con muy bajo contenido de nicotina pueden reducir el tabaquismo y la dependencia a la nicotina, y aumentar la cesación del tabaquismo cuando los cigarrillos con una cantidad normal de nicotina están fácilmente disponibles; los efectos en la cesación podrían fortalecerse aún más en un ambiente en el cual los cigarrillos convencionales y otros productos de tabaco combustibles no estén fácilmente disponibles.
10. La evidencia es insuficiente para inferir que los cigarrillos electrónicos, en general, aumentan la cesación del tabaquismo. Sin embargo, la evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que el uso de cigarrillos electrónicos que contienen nicotina está asociado a una mayor cesación del tabaquismo en comparación con el uso de cigarrillos electrónicos que no contienen nicotina, y la evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que el uso más frecuente de cigarrillos electrónicos está asociado a una mayor cesación del tabaquismo en comparación con un uso menos frecuente de cigarrillos electrónicos.
11. La evidencia es suficiente para inferir que ciertos eventos en la vida —como una hospitalización, una operación, y las pruebas de detección del cáncer de pulmón— pueden desencadenar intentos para dejar de fumar, la aceptación de un tratamiento para la cesación del tabaquismo, y la cesación del tabaquismo.
12. La evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que integrar completa y constantemente las intervenciones para la cesación del tabaquismo, estandarizadas y basadas en la evidencia, en las pruebas de detección del cáncer de pulmón aumenta la cesación del tabaquismo mientras evita los potenciales efectos adversos de estas pruebas de detección en los resultados de la cesación.
13. La evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que la citisina aumenta la cesación del tabaquismo.

Capítulo 7: Estrategias a nivel clínico, sistémico y poblacional que fomentan la cesación del tabaquismo

El capítulo 7 se concentra en estrategias amplias que pueden facilitar la integración de los componentes individuales del tratamiento para la cesación del tabaquismo —como se discutió en el capítulo 6— en la atención médica de rutina, lo cual hace que las intervenciones de cesación estén disponibles y sean accesibles para los fumadores individuales y crea las condiciones por medio de las cuales los fumadores se enteran de estas intervenciones y se motivan a usarlas.

Las estrategias a nivel clínico, sistémico y poblacional pueden influir ampliamente en los comportamientos de los fumadores mientras tratan de dejar de fumar o piensan acerca de dejar de fumar. Por lo general, las medidas que se toman a nivel clínico y de sistemas de salud se dirigen directamente al comportamiento para la cesación y se enfocan en el uso o eficacia de los tratamientos para la cesación del tabaquismo. Estas medidas incluyen implementar políticas que transformen los sistemas de atención para que aborden mejor el consumo de tabaco y la dependencia; fomentar los tratamientos basados en la evidencia para la cesación del tabaquismo; y establecer políticas que se concentren en los aspectos clínicos, aborden la cobertura del seguro de salud, y promuevan la cesación. En contraste, las estrategias basadas en la población tienen como objetivo influir en la cesación del tabaquismo a nivel macro al motivar a los fumadores a que dejen de fumar y al proporcionar un entorno que apoye o simplifique los esfuerzos para dejar de fumar, o que disminuya las barreras que los fumadores podrían enfrentar para dejar de fumar. Las estrategias basadas en la población incluyen aumentar el precio de los cigarrillos u otros productos de tabaco, o los impuestos sobre ellos; restringir los sitios donde el tabaco se pueda consumir al implementar normas antitabaco y que garanticen ambientes libres de humo; proveer financiamiento suficiente para los programas de control del tabaco a nivel estatal; hacer campañas en los medios de comunicación masiva (CDC 2018; FDA 2018); hacer cambios en la densidad del comercio minorista del tabaco y en los entornos de los puntos de venta; y elaborar regulaciones para los productos, como regular el contenido de nicotina y requerir advertencias de salud ilustradas. Es importante destacar que combinar estrategias clínicas y basadas en los sistemas de salud con estrategias a nivel macro puede tener un efecto sinérgico en mejorar los resultados de la cesación.

Este capítulo no intenta proveer un análisis de todas las medidas de políticas de control del tabaco que podrían tener como resultado que los fumadores traten de dejar de

fumar o que podrían aumentar el éxito de dejar de fumar fuera del contexto de las intervenciones con tratamientos para la cesación; estas medidas han sido cubiertas de manera exhaustiva en informes previos de la Dirección General de Servicios de Salud de los Estados Unidos, incluida la edición del 50.º aniversario, *Las consecuencias del tabaquismo en la salud: 50 años de progreso* (HHS 2014), así como en otros documentos (National Cancer Institute and World Health Organization 2017; World Health Organization 2019).

Conclusiones

1. La evidencia es suficiente para inferir que el desarrollo y la difusión de directrices de práctica clínica basadas en la evidencia aumentan la provisión de intervenciones clínicas para la cesación del tabaquismo.
2. La evidencia es suficiente para inferir que con una adecuada promoción, una cobertura de seguro para la cesación que sea integral, libre de barreras y basada en la evidencia aumenta la disponibilidad y la utilización de servicios de tratamiento para la cesación del tabaquismo.
3. La evidencia es suficiente para inferir que las estrategias que vinculan mediciones de calidad relacionadas con la cesación del tabaquismo con pagos a los médicos, centros médicos o sistemas de salud aumentan la tasa de provisión de tratamientos clínicos para la cesación del tabaquismo.
4. La evidencia es suficiente para inferir que las líneas telefónicas de ayuda para dejar de fumar son un enfoque basado en la población eficaz para motivar intentos para dejar de fumar y aumentar la cesación del tabaquismo.
5. La evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que la tecnología de registros de salud electrónicos aumenta la tasa de provisión de tratamientos para la cesación del tabaquismo.
6. La evidencia es suficiente para inferir que aumentar el precio de los cigarrillos reduce la prevalencia del tabaquismo, reduce el consumo de cigarrillos y aumenta la cesación del tabaquismo.
7. La evidencia es suficiente para inferir que las políticas que garantizan ambientes libres de humo reducen la prevalencia del tabaquismo, reducen el consumo de cigarrillos y aumentan la cesación del tabaquismo.
8. La evidencia es suficiente para inferir que las campañas en los medios de comunicación masiva aumentan la cantidad de llamadas a las líneas telefónicas de ayuda para dejar de fumar y aumentan

la cesación del tabaquismo.

9. La evidencia es suficiente para inferir que los programas integrales estatales para el control del tabaco reducen la prevalencia del tabaquismo, aumentan los intentos para dejar de fumar y aumentan la cesación del tabaquismo.
10. La evidencia es suficiente para inferir que las advertencias de salud ilustradas y grandes aumentan los conocimientos de los fumadores acerca de los daños que causa el tabaquismo en la salud, y también aumentan el interés en dejar de fumar y los intentos por dejar de fumar, y disminuyen la prevalencia del tabaquismo.
11. La evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que el empaquetado neutro aumenta la cesación del tabaquismo.
12. La evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que disminuir la disponibilidad de los productos de tabaco en las tiendas minoristas y la exposición al mercadeo y publicidad del tabaco en los puntos de venta aumenta la cesación del tabaquismo.
13. La evidencia es indicativa, pero no suficiente para inferir que restringir la venta de ciertos tipos de productos de tabaco, como los productos mentolados o con otros sabores, aumenta la cesación del tabaquismo, especialmente entre ciertas poblaciones.

Capítulo 8: Una visión para el futuro

El capítulo 8 discute el pasado, presente y futuro de la cesación del tabaquismo en los Estados Unidos. En particular, proporciona una perspectiva histórica, discute el panorama actual del control del tabaco, y provee una visión para mejorar la cesación del tabaquismo en los Estados Unidos.

Aunque se han logrado avances significativos para reducir el tabaquismo en los Estados Unidos en las últimas cinco décadas, al aumentar la cesación del tabaquismo en los adultos y al reducir la iniciación de los jóvenes en el tabaquismo, hay más que se puede y debe hacer. Las siguientes conclusiones principales de este informe proporcionan evidencia que apunta a la urgente necesidad de intensificar y coordinar medidas para reducir la considerable —y prevenible— carga humana y económica del tabaquismo en los Estados Unidos:

- Más de tres de cada cinco adultos en los Estados Unidos que alguna vez han fumado cigarrillos han dejado de fumar. Aunque todos los años la mayoría de los fumadores de cigarrillos hace un intento por dejar de fumar, menos de un tercio usa medicamentos

para la cesación aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) o consejería conductual para apoyar esos intentos.

- El tabaquismo impone una carga económica considerable en los fumadores, sus familias y los sistemas de atención médica. La cesación del tabaquismo reduce la carga en los fumadores y sus familias y puede reducir los gastos en atención médica atribuibles al tabaquismo.

Hay disparidades considerables en la prevalencia del tabaquismo en la población de los Estados Unidos; dicha prevalencia es más alta en algunos subgrupos. De manera similar, la prevalencia de indicadores clave de la cesación del tabaquismo —hacer intentos para dejar de fumar, recibir consejos para dejar de fumar por parte de un profesional de la salud y usar terapias de cesación— también varía en la población; hay una prevalencia más baja en algunos subgrupos. Para aumentar la cesación del tabaquismo y reducir el tabaquismo en los Estados Unidos, este informe resume una amplia gama de intervenciones bien definidas y eficaces, basadas en la población, que son necesarias, en el presente, para ayudar a los 34 millones de adultos de los Estados Unidos que actualmente fuman cigarrillos a que dejen de fumar:

- programas de control del tabaco completamente financiados e integrales a nivel estatal;
- precios promedios más altos para los cigarrillos en las tiendas minoristas; al menos \$10 por cajetilla;
- completa protección de toda la población de los Estados Unidos contra la exposición al humo de segunda mano mediante políticas integrales que garanticen ambientes interiores libres de humo en los lugares de trabajo, restaurantes y bares;
- campañas mediáticas de alto impacto, como la campaña de los CDC *Consejos de exfumadores*, que se difundan con suficiente alcance, frecuencia y duración (idealmente por 12 meses al año), y
- regulaciones para los productos, tales como requerir advertencias de salud ilustradas.

Sin embargo, estas medidas basadas en la población y el uso más enérgico de las políticas y los programas basados en la evidencia, revisados en el capítulo 7, no son suficientes. También debe implementarse una variedad de intervenciones eficaces, clínicas y basadas en los sistemas de salud, para aumentar la cesación del tabaquismo y tratar el consumo de tabaco y la dependencia al tabaco en los Estados Unidos:

- aumentar el atractivo y el alcance de las intervenciones existentes basadas en la evidencia para las personas, como el aprovechamiento de tecnologías emergentes y la aceleración de la integración de los servicios de cesación en múltiples plataformas y en sistemas de atención médica;
- aumentar la eficacia de las intervenciones existentes, como recomendar la combinación de tipos de terapia de reemplazo de nicotina de acción corta y prolongada, combinados con intervenciones conductuales de apoyo, como tratamiento de primera línea para el consumo de tabaco;
- llevar a cabo investigaciones para desarrollar y entender mejor las intervenciones de cesación que tienen el potencial para lograr un mayor alcance o eficacia que las intervenciones existentes, o que atraen a diferentes poblaciones de fumadores y son usadas por diferentes poblaciones de fumadores;
- llevar a cabo investigaciones para desarrollar y entender mejor las intervenciones de cesación que son seguras y eficaces tanto entre los jóvenes como en los adultos, incluidas aquellas que abordan la diversidad de los productos de tabaco que son usados por estas poblaciones, como los cigarrillos electrónicos;
- incorporar políticas y protocolos para la detección del consumo de tabaco y las intervenciones relacionadas con ese consumo en el flujo de trabajo clínico; incorporar preguntas o frases para indagar, apoyo para la toma de decisiones y herramientas de documentación en los registros de salud, como los registros de salud electrónicos; y distribuir componentes específicos de la intervención en un equipo de atención médica más amplio para reducir la carga de los médicos, quienes tienen el tiempo restringido, y para reforzar la importancia de la cesación en los pacientes;
- adoptar políticas para que la provisión de atención para la cesación en los sistemas de salud sea más rutinaria, así como políticas que eliminen los costos y las barreras para el acceso de los pacientes a fin de aumentar la prestación y utilización de tratamientos contra la dependencia al tabaco;
- proporcionar directrices clínicas oportunas y relevantes y mediciones clínicas de la calidad para garantizar que los médicos y los sistemas de salud se involucren de manera constante con los consumidores de tabaco;
- proporcionar cobertura de seguro para la cesación libre de barreras —sin autorización previa, límites

de duración, costos compartidos, u otras barreras que impidan el acceso de los fumadores a los tratamientos de cesación— a fin de aumentar la disponibilidad y utilización de los servicios de tratamiento para la cesación del tabaquismo;

- garantizar beneficios del seguro exhaustivos para la cesación para todos los fumadores, que incluyan la cobertura de todas las intervenciones basadas en la evidencia, como la consejería breve e intensiva y todos los medicamentos aprobados por la FDA, incluso la combinación de terapias de reemplazo de nicotina;
- fomentar la cobertura y los servicios de cesación para los fumadores y los proveedores de atención médica, ya sean ofrecidos a través de una compañía de seguro de salud o un programa de bienestar para los empleados, a fin de aumentar la concientización sobre los tratamientos cubiertos y su uso; la cobertura por sí sola, sin promoción, no es suficiente, y
- financiar y promover de manera adecuada las líneas telefónicas de ayuda para dejar de fumar a fin de permitir que sus operaciones y servicios funcionen a niveles suficientes para maximizar su alcance e impacto.

La implementación de intervenciones comprobadas científicamente ha sido un sello distintivo de los triunfos logrados en el combate contra la epidemia del consumo de tabaco en los Estados Unidos por más de 50 años. Sin embargo, la comunidad de control del tabaco debe permanecer ágil y atenta para realizar y difundir estudios científicos oportunos y de alta calidad acerca de las mejores prácticas; para modernizar las intervenciones existentes para mantenerse al día con un panorama de productos de tabaco que se diversifica rápidamente; y para identificar estrategias emergentes a fin de garantizar la eliminación más rápida de la carga económica y de salud del consumo de tabaco en los Estados Unidos. Con ese fin, varias estrategias finales podrían ayudar a aumentar la cesación y reducir los casos de enfermedad y muerte prematura causados por el consumo de tabaco. Las estrategias que se han propuesto incluyen:

- implementar un estándar para los productos de tabaco que disminuya el nivel de nicotina en los cigarrillos a niveles mínimamente adictivos o no adictivos, y
- restringir la venta de productos de tabaco, tales como prohibiciones de categorías enteras de productos de tabaco saborizados, incluido el mentol.

Tales medidas tienen el potencial para acelerar los aumentos en la cesación del tabaquismo y las disminuciones en la prevalencia del tabaquismo en los Estados Unidos y, de este modo, apresurar el fin de la epidemia del tabaco. Sin

embargo, estas medidas y el amplio conjunto de estrategias clínicas, poblacionales y de sistemas de salud basadas en la evidencia, para la prevención, el control y la cesación del tabaquismo, que se describen en este informe, son un medio necesario, pero insuficiente para acabar con la epidemia del tabaquismo.

Para lograr el éxito, debemos trabajar juntos para maximizar los recursos y coordinar los esfuerzos a lo largo de una amplia gama de partes interesadas. Las partes interesadas que tienen un rol que desempeñar incluyen a los Gobiernos a nivel federal, estatal, local, tribal y territorial; agencias de salud voluntarias; organizaciones no gubernamentales y comunitarias; líderes cívicos y comunitarios; profesionales de salud pública y atención médica; investigadores; y personas individuales (HHS 2016). Las partes interesadas también deben seguir haciendo responsable a la industria tabacalera por su rol en crear, ocultar y perpetuar la epidemia del consumo de tabaco en los Estados Unidos (HHS 2014).

Las medidas a nivel federal son factores clave para el éxito, pero tales medidas deben ser complementadas con esfuerzos subnacionales y no gubernamentales para seguir desnormalizando el consumo de tabaco y fomentando las estrategias que sabemos que funcionan para combatir los devastadores efectos del consumo de tabaco en la sociedad (HHS 2014). Cada parte interesada puede hacer contribuciones únicas y fundamentales para reducir los casos de enfermedad y muerte relacionados con el tabaco en los Estados Unidos. En particular, hay oportunidades para los médicos, expertos e investigadores que, de manera tradicional, se han concentrado principalmente en las intervenciones de políticas de control del tabaco con base en la población, para colaborar más estrechamente con sus homólogos que, de manera tradicional, se han enfocado en las intervenciones de cesación como parte de un esfuerzo más amplio para formar conexiones.

Estamos al borde de un periodo crítico en la historia de más de medio siglo del movimiento de control del tabaco en los Estados Unidos. La considerable reducción en la prevalencia del tabaquismo desde mediados de la década de 1960 es un logro importante de la salud pública que ha sido impulsado, en parte, por aumentos en la cesación del tabaquismo en adultos y los múltiples avances en las intervenciones de cesación del tabaquismo desde que se publicó el último informe de la Dirección General de Servicios de Salud de los Estados Unidos sobre este tema hace casi tres décadas (USDHHS 1990). Sin embargo, no podemos dormirnos en los laureles. Hay más trabajo que se debe hacer, y tenemos la experiencia y los medios para hacerlo. Equipados tanto con conocimientos científicos como con determinación, seguiremos avanzando para acabar con la epidemia del tabaco en los Estados Unidos. Si trabajamos juntos, podemos hacer que las enfermedades y las muertes relacionadas con el tabaco sean una cosa del pasado.

Referencias¹

- Babb S, Malarcher A, Schauer G, Asman K, Jamal A. Quitting smoking among adults—United States, 2000–2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2017;65(52):1457–64.
- Centers for Disease Control and Prevention. Tips From former smokers, 2018; <<https://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/>>; accessed: October 17, 2018.
- Creamer MR, Wang TW, Babb S, Cullen KA, Day H, Willis G. Tobacco product use and cessation indicators among adults—United States, 2018. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2019;68(45):1013–9.
- Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, Dorfman SF, Froelicher ES, Goldstein MG, Heaton CG, et al. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline*. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, 2008.
- Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP, Giovino GA, Hatziandreu EJ, Newcomb PA, Surawicz TS, Davis RM. Methods used to quit smoking in the United States. Do cessation programs help? *JAMA: the Journal of the American Medical Association* 1990;263(20):2760–5.
- Ghorai K, Akter S, Khatun F, Ray P. mHealth for smoking cessation programs: a systematic review. *Journal of Personalized Medicine* 2014;4(3):412–23.
- King BA, Creamer MR, Harrell M, Kelder S, Norman L, Perry CL. Surgeon General's reports on tobacco: a continued legacy of unbiased and rigorous synthesis of the scientific evidence. *Nicotine and Tobacco Research* 2018;20(8):1033–6.
- McAfee T, Davis KC, Alexander RL Jr, Pechacek TF, Bunnell R. Effect of the first federally funded U.S. antismoking national media campaign. *Lancet* 2013;382(9909):2003–11.
- National Cancer Institute and World Health Organization. *The Economics of Tobacco and Tobacco Control*. National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 21. Bethesda (MD): U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; and World Health Organization, 2016. NIH Publication No. 16-CA-8029A.
- National Institute on Drug Abuse. Research Reports: *Tobacco, Nicotine, and E-Cigarettes*. Bethesda (MD): National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse, 2018.
- Prochaska JJ, Benowitz NL. The past, present, and future of nicotine addiction therapy. *Annual Review of Medicine* 2016;67:467–86.
- Schlam TR, Baker TB. Interventions for tobacco smoking. *Annual Review of Clinical Psychology* 2013;9:675–702.
- U.S. Department of Health, Education, and Welfare. *Smoking and Health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service*. Washington: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Center for Disease Control, 1964. PHS Publication No. 1103.
- U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: Cancer. A Report of the Surgeon General. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office on Smoking and Health, 1982. DHHS Publication No. (PHS) 82-50179.
- U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking: Cardiovascular Disease. A Report of the Surgeon General*. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office on Smoking and Health, 1983. DHHS Publication No. (PHS) 84-50204.
- U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A Report of the Surgeon General*. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1988. DHHS Publication No. (CDC) 88-8406.
- U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General*. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1990. DHHS Publication No. (CDC) 90-8416.
- U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.

¹En el caso de las referencias que contienen URL, esos URL estaban activos en la fecha de acceso que aparece en la respectiva referencia.

- U.S. Department of Health and Human Services. *How Tobacco Smoke Causes Disease—The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General*. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010.
- U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.
- U.S. Department of Health and Human Services. *E-Cigarette Use Among Youth and Young Adults. A Report of the Surgeon General*. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health 2016.
- U.S. Food and Drug Administration. The Real Cost Campaign, 2018; <<https://www.fda.gov/tobaccoproducts/publichealtheducation/publiceducationcampaigns/therealcostcampaign/default.htm/>>; accessed: October 17, 2018.
- U.S. Preventive Services Task Force. Final Update Summary: Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Women: Behavioral and Pharmacotherapy Interventions, September 2015; <<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/tobacco-use-in-adults-and-pregnant-women-counseling-and-interventions1>>; accessed: May 24, 2017.
- Wang TW, Asman K, Gentzke AS, Cullen KA, Holder-Hayes E, Reyes-Guzman C, Jamal A, Neff L, King BA. Tobacco product use among adults—United States, 2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2018;67(44):1225–32.
- World Health Organization. *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2019: Offer Help to Quit Tobacco Use*. Geneva (Switzerland): World Health Organization, 2019.



Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.