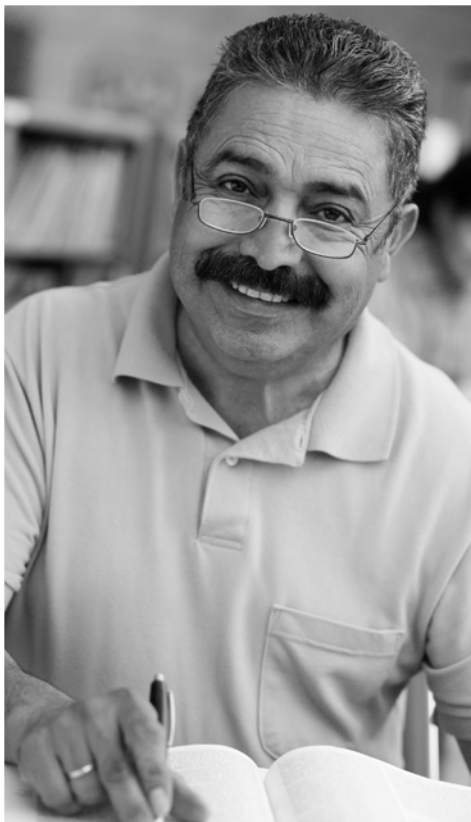


Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos

2015-2017



Contenido

Panorama general	1
Principales áreas de cáncer	8
Tipos de cáncer de mayor incidencia entre los hispanos	10
El cáncer en los niños y adolescentes	13
Factores de riesgo del cáncer	16
Pruebas de detección del cáncer	24
Factores que influyen en la salud: Estado socioeconómico y valores y creencias culturales	27
Cómo la Sociedad Americana Contra El Cáncer™ ayuda a salvar vidas y reducir las disparidades del cáncer	29
Recursos adicionales	32
Factores que influyen en las tasas de incidencia del cáncer	32
Fuentes estadísticas	33
Referencias	35

Agradecimientos

La producción de este informe no hubiera sido posible sin los esfuerzos de Ermilo Barrera, MD; Tracie Bertaut, APR; Stacey Fedewa, MPH; Trista Hargrove, MA; Melissa Maitin-Shepard, MPP; Catherine McMahon, MPH; Anthony Piercy; Paulo Pinheiro, MD, PhD; Ann Goding Sauer, MSPH; Scott Simpson; Termika Smith, ED.D; Lindsey Torre, MSPH; Ed Trapido, ScD; Dinorah Martinez Tyson, PhD, MPH, MA; y Dana Wagner.

Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos es una publicación de la Sociedad Americana Contra El Cáncer, Atlanta, Georgia.

Si desea más información diríjase a:

Rebecca Siegel, MPH
Kimberly Miller, MPH
Ahmedin Jemal, PhD
Surveillance & Health Services Research

Corporate Center: American Cancer Society Inc.
250 Williams Street, NW, Atlanta, GA 30303-1002
(404) 320-3333

©2015, American Cancer Society, Inc. Reservados todos los derechos, inclusive el derecho de reproducir el contenido de esta publicación, total o parcialmente, por cualquier medio.

Para obtener autorización por escrito diríjase a: Legal Department of the American Cancer Society, 250 Williams Street, NW, Atlanta, GA 30303-1002.

El propósito de esta publicación es ofrecer de forma resumida la información científica más actualizada acerca del cáncer. Salvo indicarse lo contrario, no representa la postura oficial de la Sociedad Americana Contra El Cáncer.

Citas recomendadas: American Cancer Society. *Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos de 2015-2017*. Atlanta: American Cancer Society; 2015.

Panorama general

Introducción

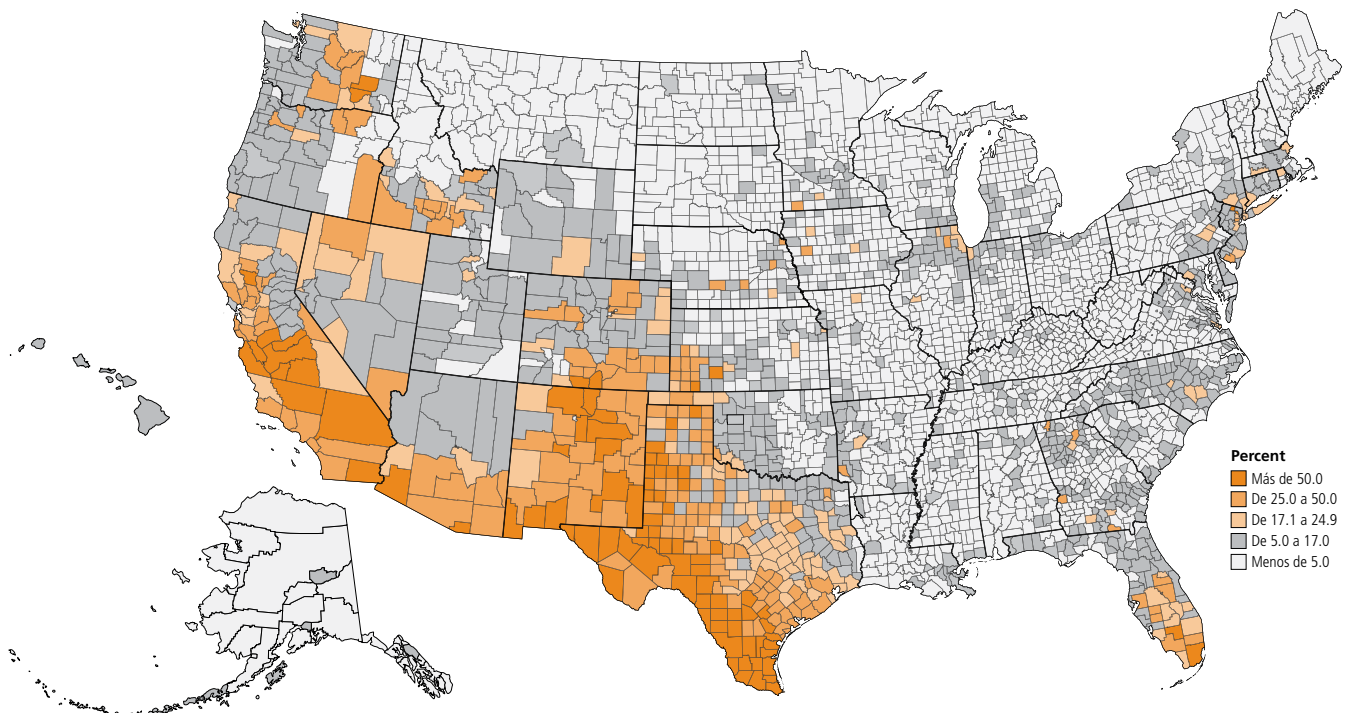
De acuerdo con los estimados de la Oficina del Censo de EE. UU., 55 millones de estadounidenses, o sea un total del 17% de la población de EE. UU., se identificaron como hispanos o latinos en 2014.¹ Los términos "hispano" y "latino" se usan para referirse a las personas de origen hispano. La palabra "hispano" es una designación federal de naturaleza social y política de EE. UU. que se usa en los sistemas nacionales y estatales de reporte. Es un concepto diferente a la raza, y por lo tanto las personas de origen hispano pueden ser de cualquier raza. "Latino" es un término de etnicidad autodesignado. En este documento ambos términos se usan indistintamente sin preferencias ni prejuicios. Los hispanos son el grupo minoritario de mayor tamaño y más joven en Estados Unidos. Entre 2000 y 2014 la población hispana creció un 57%, más de 4 veces el crecimiento de la población total.^{1,2} En años recientes, el crecimiento de la población hispana en Estados Unidos ha sido principalmente resultado de los nacimientos, más que de la inmigración.³

Entre 2011 y 2013, 28% de la población hispana era menor de 15 años de edad, en comparación con el 16% de los blancos no hispanos.⁴ Más de una tercera parte (35%) de los hispanos en EE. UU. nacieron en el extranjero (esto es, nacieron fuera de EE. UU. y sus

territorios, incluido Puerto Rico). La mayoría de los hispanos son de ascendencia mexicana (64.3%), seguidos de los puertorriqueños (9.5%), salvadoreños (3.7%), cubanos (3.7%) y dominicanos (3.1%). La población hispana no está distribuida equitativamente en EE. UU., sino que está concentrada en el oeste (40%) y en el sur (37%) (figura 1).⁵ Más de la mitad de todos los hispanos viven en tres estados, California (27%), Texas (19%) y Florida (9%). Entre los estados hay una variación substancial en la población hispana por país de origen. Por ejemplo, los mexicanos comprenden más del 80% de la población hispana tanto en Texas como en California, en comparación con sólo un 15% en Florida.⁴

En este informe se resumen las estadísticas de la incidencia, mortalidad, supervivencia, factores de riesgo y detección temprana y exámenes de detección del cáncer entre los hispanos de Estados Unidos. El informe tiene el propósito de informar a los líderes comunitarios, trabajadores de los sectores de atención médica y salud pública, así como a otras personas interesadas en la prevención, la detección temprana y el tratamiento del cáncer de los hispanos. Es importante tener en cuenta que la mayoría de los datos de cáncer en EE. UU. son reportados para los hispanos como grupo combinado, encubriendo diferencias importantes entre las subpoblaciones de hispanos según su nacimiento (los que nacieron en el extranjero y los que nacieron en EE. UU.), grado de aculturación y país de origen. Por ejemplo, en un estudio se determinó que las tasas de fallecimiento por cáncer entre los mexicanos de EE. UU. son 12% menores que las de los puertorriqueños que viven en Estados Unidos continental.⁶

Figura 1. Distribución de la población hispana como porcentaje de la población total por condado



Fuente: US Census Bureau, Population Estimates, July 2013. Publicado en 2014.

¿Qué es el cáncer?

Se denomina cáncer a un grupo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento incontrolado y la propagación de células anormales. Si esta propagación no se controla puede causar la muerte. El cáncer es causado por factores externos, como tabaco, organismos infecciosos y una alimentación no saludable; y por factores internos como mutaciones genéticas heredadas, hormonas y afecciones inmunitarias. Los factores pueden ejercer su acción en conjunto o en secuencia para causar el cáncer. A menudo transcurren diez o más años entre la exposición a los factores externos y la detección del cáncer. El cáncer se trata con cirugía, radiación, quimioterapia, terapia hormonal, inmunoterapia y terapia dirigida (medicamentos que actúan específicamente sobre las células cancerosas para evitar su crecimiento).

¿Se puede prevenir el cáncer?

Una proporción significativa de cánceres se podría prevenir con la adopción de estilos de vida más saludables, que incluyen no fumar, mantener un peso corporal sano, llevar una dieta saludable, proteger la piel de exposición excesiva al sol y ser físicamente activo. La mayoría de los cánceres causados por el consumo del tabaco y del alcohol se pueden prevenir completamente. También se pueden evitar muchos de los cánceres causados por organismos infecciosos, ya sea previniendo la infección mediante cambios de comportamiento o vacunas, o tratando la infección. Puede ver más información sobre los factores de riesgo de cáncer en la página 16.

Los exámenes de detección pueden ayudar a prevenir los cánceres colorrectal y de cuello uterino a través de la detección y la extirpación de crecimientos precancerosos. Las pruebas de detección también

pueden ayudar a detectar los cánceres de seno, colorrectal, de cuello uterino y de pulmón (entre los fumadores por largo tiempo o que fuman excesivamente) en una etapa inicial, cuando el tratamiento tiene más probabilidades de éxito. Puede ver más información sobre los exámenes de detección de cáncer en la página 24.

¿Cuál es el riesgo de desarrollar cáncer o de fallecer por su causa?

El riesgo de ser diagnosticado con cáncer aumenta con la edad, debido a que la mayoría de los cánceres requiere muchos años para desarrollarse (tabla 1). Sin embargo, como la población hispana es más joven que la población blanca no hispana, se diagnostica una mayor proporción de cánceres en los grupos de menor edad. Por ejemplo, un 25% de los diagnósticos de cáncer entre los hispanos se hacen en aquellos menores de 50 años de edad, en comparación con solo un 12% entre los blancos no hispanos.

En general, aproximadamente uno de cada tres hombres hispanos y una de cada tres mujeres hispanas serán diagnosticados con cáncer en algún momento de su vida. La probabilidad de fallecer por cáncer es de una en cinco entre los hombres hispanos y una en seis entre las mujeres hispanas. El cáncer es la principal causa de fallecimiento entre los hispanos, y representó un 22% en 2012 (tabla 2).

¿Cuántos casos nuevos de cáncer y fallecimientos se esperan en 2015?

Casos nuevos: Se espera que en 2015 se diagnostiquen aproximadamente 58,400 casos nuevos entre los hombres hispanos y 67,500 casos nuevos entre las mujeres hispanas (figura 2). Estos estimados no incluyen carcinoma in situ (cáncer no invasivo) en cualquier sitio,

Tabla 1. Probabilidades (%) de desarrollar un cáncer invasivo entre los hispanos/latinos durante ciertos grupos de edad por sexo, EE. UU., 2010-2012*

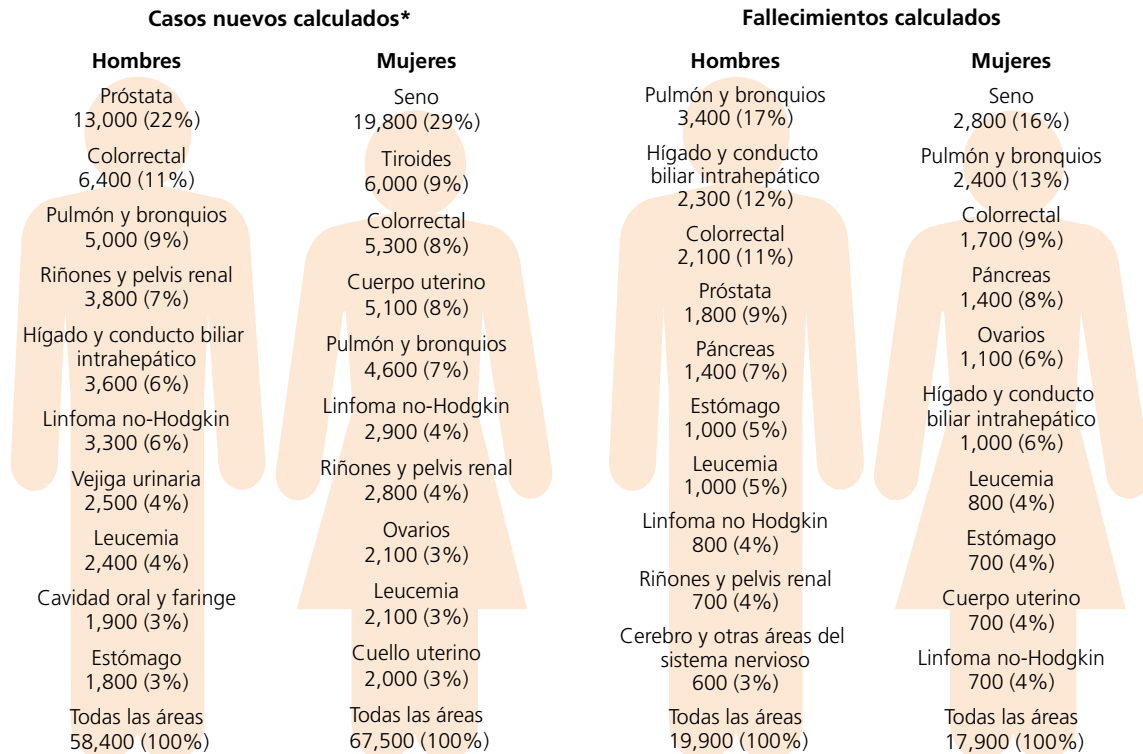
		Del nacimiento a 49 años	De 50 a 59	De 60 a 69	70 años en adelante	Del nacimiento a la muerte
Todos los tipos[†]	Hombres	2.6 (1 en 39)	4.6 (1 en 22)	11.3 (1 en 9)	32.8 (1 en 3)	38.8 (1 en 3)
	Mujeres	4.4 (1 en 23)	4.8 (1 en 21)	8.0 (1 en 13)	24.2 (1 en 4)	34.4 (1 en 3)
Seno	Mujeres	1.5 (1 en 68)	1.8 (1 en 55)	2.6 (1 en 38)	5.1 (1 en 20)	9.8 (1 en 10)
Colon y recto	Hombres	0.3 (1 en 386)	0.6 (1 en 175)	1.1 (1 en 87)	3.7 (1 en 27)	4.7 (1 en 21)
	Mujeres	0.2 (1 en 416)	0.5 (1 en 219)	0.8 (1 en 131)	3.1 (1 en 32)	4.1 (1 en 24)
Hígado y conducto biliar intrahepático	Hombres	0.1 (1 en 1,009)	0.4 (1 en 228)	0.7 (1 en 149)	1.4 (1 en 69)	2.2 (1 en 44)
	Mujeres	<0.1 (1 en 3,466)	0.1 (1 en 1,078)	0.2 (1 en 456)	0.8 (1 en 124)	1.0 (1 en 97)
Pulmones y bronquios	Hombres	0.1 (1 en 1,406)	0.3 (1 en 370)	0.9 (1 en 107)	4.6 (1 en 22)	4.8 (1 en 21)
	Mujeres	0.1 (1 en 1,208)	0.2 (1 en 421)	0.7 (1 en 143)	3.0 (1 en 33)	3.6 (1 en 28)
Linfoma no Hodgkin	Hombres	0.2 (1 en 443)	0.3 (1 en 383)	0.5 (1 en 191)	1.8 (1 en 54)	2.4 (1 en 42)
	Mujeres	0.2 (1 en 604)	0.2 (1 en 488)	0.4 (1 en 254)	1.4 (1 en 69)	2.0 (1 en 50)
Próstata	Hombres	0.2 (1 en 574)	1.4 (1 en 73)	4.7 (1 en 21)	9.9 (1 en 10)	13.0 (1 en 8)
Estómago	Hombres	0.1 (1 en 1,099)	0.2 (1 en 644)	0.3 (1 en 294)	1.5 (1 en 68)	1.7 (1 en 59)
	Mujeres	0.1 (1 en 1,117)	0.1 (1 en 923)	0.2 (1 en 471)	0.9 (1 en 108)	1.2 (1 en 83)
Tiroides	Hombres	0.1 (1 en 886)	0.1 (1 en 1,100)	0.1 (1 en 787)	0.2 (1 en 482)	0.5 (1 en 210)
	Mujeres	0.7 (1 en 154)	0.3 (1 en 304)	0.3 (1 en 315)	0.5 (1 en 211)	1.7 (1 en 60)
Cuello uterino	Mujeres	0.3 (1 en 324)	0.2 (1 en 639)	0.2 (1 en 619)	0.3 (1 en 298)	0.9 (1 en 111)

*Para aquellas personas sin cáncer al inicio de cada intervalo de edades. †Excluye cáncer de células basales y cáncer de células escamosas de la piel y carcinomas in situ, excepto de la vejiga urinaria.

Fuente: DevCan: Probability of Developing or Dying of Cancer Software, Version 6.7.3. Statistical Research and Applications Branch, National Cancer Institute, 2015. <http://surveillance.cancer.gov/devcan/>.

American Cancer Society Inc., Investigaciones de Vigilancia, 2015

Figura 2. Áreas principales del cuerpo afectadas por nuevos casos de cáncer y fallecimiento entre los hispanos, cálculos para 2015



*Los cálculos excluyen todos los cánceres de células basales y escamosas de la piel y carcinomas in situ, excepto de la vejiga urinaria.

©2015, American Cancer Society, Inc., Investigaciones de Vigilancia

Tabla 2. Principales causas de fallecimiento entre los hispanos y los blancos no hispanos, EE. UU., 2012

	Hispanos				Blancos no hispanos			
	Rango	Número de fallecimientos	Porcentaje de fallecimientos totales	Tasa de mortalidad*	Rango	Número de fallecimientos	Porcentaje de fallecimientos totales	Tasa de mortalidad*
Cáncer	1	34,147	22	117.8	2	462,499	23	170.2
Enfermedades del corazón	2	31,595	20	122.4	1	481,991	24	171.2
Accidentes (lesiones involuntarias)	3	11,447	7	26.5	5	99,288	5	43.7
Enfermedades cerebrovasculares	4	7,767	5	30.1	4	100,154	5	35.5
Diabetes	5	7,363	5	27.1	7	50,443	3	18.5
Enfermedad hepática crónica y cirrosis	6	4,988	3	14.2	12	25,720	1	9.9
Enfermedades crónicas del tracto respiratorio inferior	7	4,477	3	18.6	3	127,116	6	46.2
Enfermedad de Alzheimer	8	3,772	2	17.4	6	72,772	4	24.9
Influenza y pulmonía	9	3,049	2	12.1	8	40,460	2	14.3
Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	10	2,964	2	11.3	10	33,105	2	11.8
Todas las causas		156,419	100	541.2		2,016,896	100	742.3

*Las tasas son por 100,000 habitantes y se ajustan por edades a la población estándar de EE. UU. del año 2000. NOTA: Las tasas de fallecimiento no se pueden comparar directamente con las publicadas en años anteriores debido a los datos actualizados del denominador de la población.

Fuente: Centro Nacional de Datos Estadísticos sobre Salud, Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades, 2015.

American Cancer Society Inc., Investigaciones de Vigilancia, 2015

excepto en la vejiga urinaria. También excluyen cáncer de células basales y cáncer de células escamosas de la piel, porque no es necesario reportar estos casos a los registros de cáncer. El cáncer de próstata será el cáncer más comúnmente diagnosticado entre los hombres hispanos, representando un 22% de los casos nuevos, y el cáncer de seno será el más común entre las mujeres hispanas, representando un 29% de los casos. Los cánceres colorrectal y de pulmón serán el segundo y el tercer cáncer más comúnmente diagnosticado entre los hombres hispanos; mientras que entre las mujeres los cánceres colorrectales y de tiroides serán el segundo y tercero, respectivamente.

Mortalidad: Se espera que en 2015 aproximadamente 19,900 hombres hispanos y 17,900 mujeres hispanas fallezcan a causa de cáncer (figura 2, página 3). Se espera que el cáncer de pulmón represente aproximadamente 17% de los fallecimientos por cáncer en los hombres hispanos, seguidos por los cánceres de hígado (12%) y colorrectal (11%). El cáncer de próstata será la cuarta causa más común de fallecimiento por cáncer entre los hombres hispanos, pero es la segunda causa entre los hombres de EE. UU. en general. Entre las mujeres hispanas, el cáncer de seno será la principal causa de fallecimiento por cáncer (16%), seguido por el cáncer de pulmón (13%) y el cáncer colorrectal (9%). Esto contrasta con las mujeres de EE. UU. en general, entre las cuales el cáncer de pulmón es la principal causa de fallecimiento por cáncer.

¿Cómo han cambiado las tasas de incidencia del cáncer a través del tiempo?

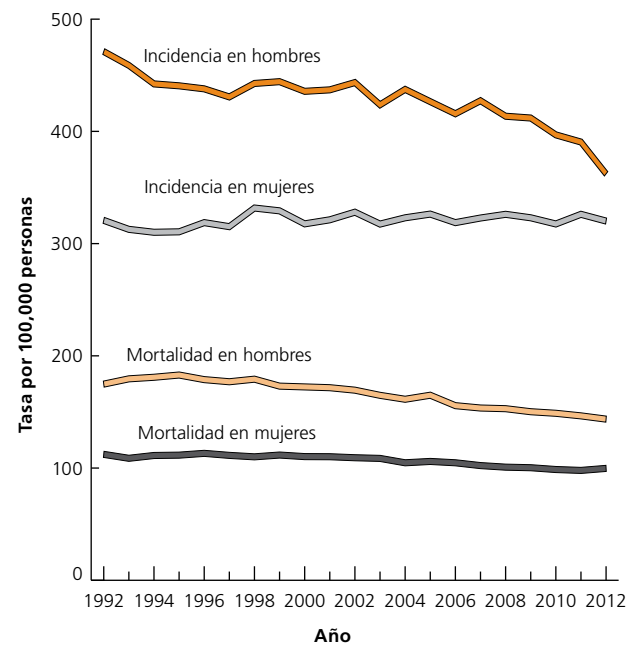
Tendencias en las tasas de incidencia del cáncer: Las tasas de incidencia del cáncer para los hispanos han estado disponibles desde 1992 (figura 3). El análisis de los datos de los 10 años más recientes (2003 - 2012) indica que las tasas de incidencia de todos los cánceres combinados entre los hombres hispanos disminuyeron un promedio de 2.4% al año, en comparación con las reducciones de 2.2% entre los hombres negros no hispanos y 1.5% entre los hombres blancos no hispanos. En el mismo periodo de tiempo, las tasas de incidencia entre las mujeres disminuyeron un 0.5% anualmente entre las hispanas, y permanecieron iguales entre las blancas y las negras no hispanas. En la figura 4 de la página 6 se muestran las tendencias de las tasas de incidencia de ciertos cánceres en los hispanos.

Tendencias en las tasas de mortalidad del cáncer: Entre los hispanos, las tasas de mortalidad de todos los cánceres combinados disminuyeron durante el intervalo comprendido entre 2003 y 2012 un promedio del 1.5% anual entre los hombres y del 1.0% anual entre las mujeres, de manera muy similar a las reducciones entre los blancos no hispanos. En la figura 4 de la página 6 se muestran las tendencias en las tasas de fallecimiento por cáncer entre los hispanos por tipos específicos de cáncer.

Principales diferencias en la carga que impone el cáncer por raza y grupo étnico

Tasas de incidencia y mortalidad: En la tabla 3 se indican las diferencias en las tasas de incidencia y mortalidad del cáncer entre los hispanos y otros grupos raciales y étnicos en EE. UU. Las tasas de cáncer de los hispanos son las más similares a las de los asiáticos y de los isleños del Pacífico, que comparten tasas bajas de los cánceres más comunes (seno femenino, colorrectal, de pulmón y de próstata) y

Figura 3. Tendencias en las tasas de incidencia y mortalidad de todos los cánceres combinados entre hispanos, 1992-2012



Estas tasas se ajustaron por edades a la población estándar de EE.UU. en 2000. Las personas de origen hispano/latino pueden ser de cualquier raza.

Fuentes: Incidencia - Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER), Instituto Nacional del Cáncer, 2015. Mortalidad: Centro Nacional de Datos Estadísticos sobre Salud, Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades, 2015. Los fallecimientos de New Hampshire y Oklahoma se excluyeron debido a que estos estados no recopilaban datos sobre el origen hispano durante algunos años.

American Cancer Society Inc., Investigaciones de Vigilancia, 2015

las tasas más altas de cánceres de estómago e hígado. Notablemente, los hispanos tienen tasas de incidencia y de fallecimiento de cáncer de pulmón que son casi la mitad de las de los negros no hispanos, que tienen las tasas más altas. Sin embargo, las tasas de incidencia de cáncer de cuello uterino y cáncer de vesícula biliar de las mujeres hispanas se encuentran entre las más altas. Es importante reiterar que las estadísticas reportadas para todos los hispanos combinados encubren una amplia variación entre los diferentes subgrupos hispanos, y las tendencias son influenciadas por el riesgo de cáncer de los nuevos inmigrantes y de los residentes establecidos.⁷

La carga del cáncer entre los hispanos que viven en los EE. UU. es similar a la observada en sus países de origen. En comparación con EE. UU., en Latinoamérica por lo general son menores las tasas de incidencia de cáncer de seno, colorrectal, de pulmón y de próstata, y mayores las de cánceres de cuello uterino y de estómago.⁸ Una excepción es Puerto Rico (territorio de EE. UU.), donde las tasas de cáncer de próstata son más altas que las de EE. UU. continental (150 por 100,000 en comparación con 128 en 2011).⁹ Los descendientes de los inmigrantes hispanos tienen tasas de cáncer muy similares a las de los blancos no hispanos debido a la aculturación.¹⁰ La aculturación se refiere al proceso mediante el cual los inmigrantes adoptan las actitudes, valores, costumbres, creencias y comportamientos de su nueva cultura. Los efectos de la aculturación son complejos y se pueden asociar con influencias positivas y negativas en la salud.¹¹ Entre los inmigrantes hispanos en EE. UU. la aculturación puede dar

Tabla 3. Tasas de incidencia de cáncer y de fallecimiento* por área, raza y grupo étnico, EE. UU., 2008-2012

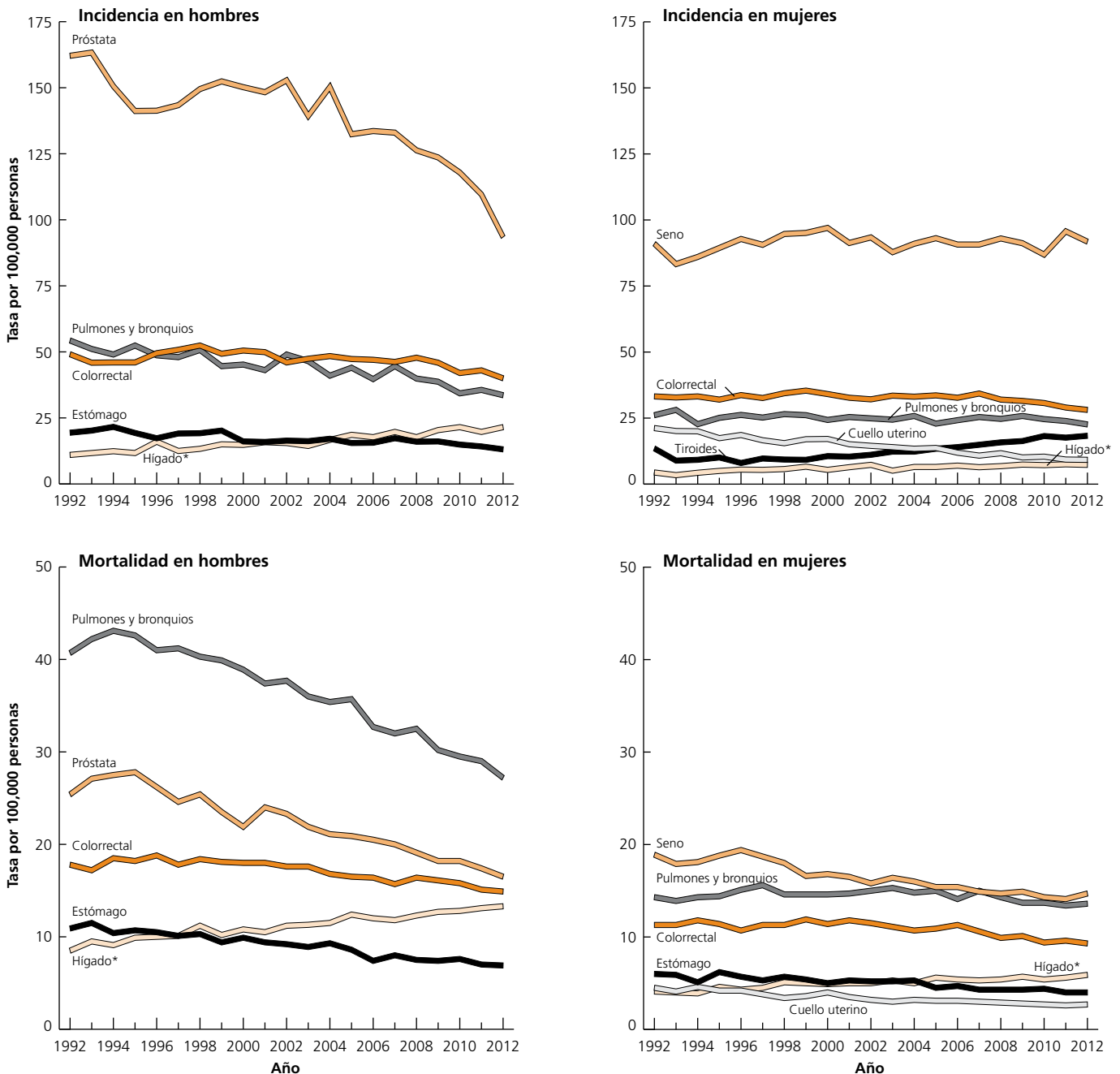
	Hispano/Latino	Blancos no hispanos	Negros no hispanos	Asiáticos o isleños del Pacífico	Indígenas americanos y nativos de Alaska†	
INCIDENCIA	Todos los tipos					
	Hombres	408.5	528.9	592.3	316.8	423.3
	Mujeres	330.4	436.2	408.1	287.5	372.9
	Leucemia linfocítica aguda					
	Hombres	2.5	1.8	1.2	1.5	1.3
	Mujeres	2.1	1.4	0.8	1.2	1.5
	Seno (mujeres)	91.9	128.1	124.3	88.3	91.9
	Colorrectal					
	Hombres	44.6	47.4	60.3	39.0	50.4
	Mujeres	30.6	36.2	44.1	29.2	40.1
	Vesícula biliar					
	Hombres	1.2	0.7	1.4	1.0	2.5
	Mujeres	2.6	1.1	1.9	1.5	3.2
	Hígado y conducto biliar intrahepático					
	Hombres	19.3	9.3	16.5	20.6	18.7
	Mujeres	7.2	3.2	4.8	7.9	8.9
	Pulmones y bronquios					
	Hombres	43.3	79.3	93.4	47.4	66.2
	Mujeres	26.0	58.7	51.4	28.3	52.7
	Próstata	112.1	123.0	208.7	67.8	90.5
Estómago						
Hombres	13.5	7.8	15.1	14.5	12.0	
Mujeres	7.8	3.5	8.0	8.5	6.6	
Tiroides						
Hombres	5.1	7.7	3.7	6.3	4.0	
Mujeres	19.3	21.9	12.9	20.4	12.9	
Cuello uterino	10.2	7.1	10.0	6.3	9.4	
MORTALIDAD	Todos los tipos					
	Hombres	148.0	210.6	267.7	128.4	186.7
	Mujeres	99.4	149.2	170.4	91.2	133.9
	Leucemia linfocítica aguda					
	Hombres	0.8	0.5	0.4	0.4	0.3
	Mujeres	0.6	0.3	0.3	0.3	0.4
	Seno (mujeres)	14.5	21.9	31.0	11.4	15.0
	Colorrectal					
	Hombres	15.6	18.2	27.6	13.0	18.8
	Mujeres	9.6	12.9	18.2	9.4	15.6
	Vesícula biliar					
	Hombres	0.7	0.4	0.8	0.7	0.9
	Mujeres	1.3	0.6	1.0	0.8	1.8
	Hígado y conducto biliar intrahepático					
	Hombres	12.9	7.6	12.8	14.5	13.9
	Mujeres	5.6	3.1	4.4	6.1	6.3
	Pulmones y bronquios					
	Hombres	29.5	62.2	74.9	34.0	49.1
	Mujeres	13.7	41.4	36.7	18.2	32.1
	Próstata	17.8	19.9	47.2	9.4	20.2
Estómago						
Hombres	7.2	3.6	9.4	7.9	7.4	
Mujeres	4.2	1.8	4.5	4.7	3.6	
Tiroides						
Hombres	0.5	0.5	0.4	0.5	‡	
Mujeres	0.7	0.5	0.6	0.8	0.5	
Cuello uterino	2.7	2.0	4.1	1.8	3.5	

El origen hispano no es mutuamente exclusivo del asiático/isleño del Pacífico ni de los indígenas americanos/nativos de Alaska. *Las tasas son por 100,000 habitantes y se ajustan por edades a la población estándar de EE. UU. del año 2000. †Los datos se basan en las áreas de suministro de servicios de salud por contrato del Servicio de Salud para Indígenas (Indian Health Service). Las tasas de incidencia excluyen datos de Kansas. ‡No se muestra la tasa debido a la escasez de datos.

Fuente: Incidencia: Asociación Norteamericana de Registros Centrales de Cáncer, 2015. Mortalidad: Centro Nacional de Datos Estadísticos sobre Salud, Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades, 2015.

American Cancer Society Inc., Investigaciones de Vigilancia, 2015

Figura 4. Tendencias en las tasas de incidencia y mortalidad del cáncer entre los hispanos por tipo de cáncer, 1992-2012



Estas tasas se ajustaron por edades a la población estándar de EE.UU. en 2000. Las personas de origen hispano/latino pueden ser de cualquier raza. *Incluye el conducto biliar intrahepático.

Fuente: Incidencia - Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER), Instituto Nacional del Cáncer, 2015. Mortalidad: Centro Nacional de Datos Estadísticos sobre Salud, Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades, 2015. Los fallecimientos de New Hampshire y Oklahoma se excluyeron debido a que estos estados no recopilaban datos sobre el origen hispano durante algunos años.

American Cancer Society Inc., Investigaciones de Vigilancia, 2015

como resultado un mejor acceso a la atención médica y a servicios preventivos, pero también puede ocasionar la adopción de comportamientos poco saludables como fumar y consumir alcohol en exceso, y la reducción de la calidad alimentaria y la actividad física. Por ejemplo, entre los mexicanos, el promedio del índice de masa corporal es más alto entre aquellos que nacieron en EE. UU., seguidos por el de las personas nacidas fuera de EE. UU. que han vivido en este país más de 15 años, y es el más bajo entre las personas nacidas fuera de EE. UU. que han vivido en este país 15 años o menos.¹² Por

lo tanto, la aculturación puede causar diferencias substanciales en los resultados médicos dentro de una población. Un estudio determinó que las tasas generales de fallecimiento por cáncer fueron 22% más altas entre los hombres hispanos nacidos en EE. UU. que las de los hombres hispanos nacidos fuera de este país.¹⁰ Hasta la primera generación de hispanos muestra evidencia de aculturación, con tasas de cáncer más altas que las de su país de origen, respecto a los cánceres más comunes.^{13,14}

6 Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos de 2015-2017

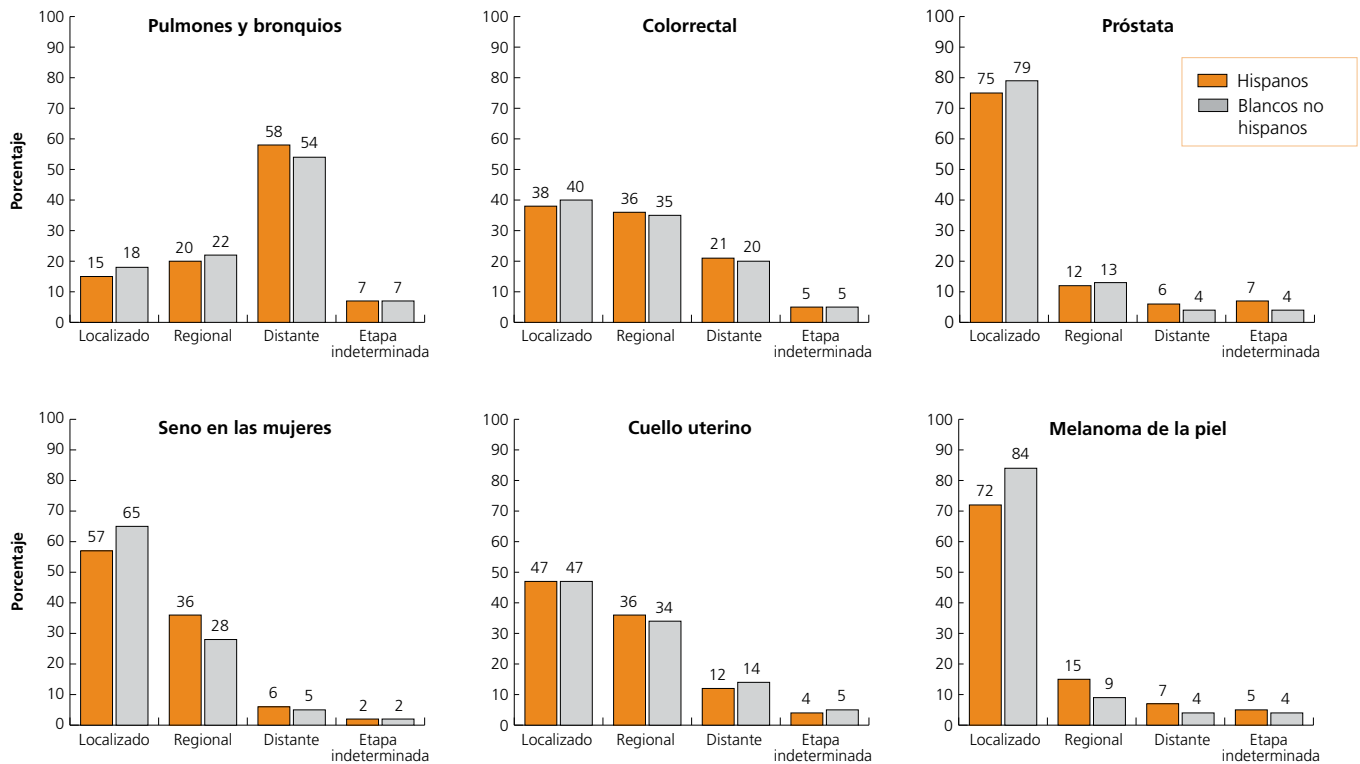
Distribución por etapas y supervivencia: La etapa de la enfermedad describe el alcance o la propagación del cáncer en el momento del diagnóstico. Una etapa local describe un cáncer maligno que está limitado al órgano de origen. El cáncer que se diagnostica en una etapa regional se ha extendido desde su punto original a los órganos o tejidos circundantes, o a los ganglios linfáticos próximos. El cáncer en etapa distante se ha propagado a órganos distantes y/o a ganglios linfáticos distantes. En general, cuanto más se haya propagado un cáncer, menos probabilidades hay que el tratamiento sea eficaz. Aunque los hispanos tienen tasas de incidencia y mortalidad más bajas que los blancos no hispanos con respecto a la mayoría de los cánceres más comunes, generalmente tienen menos probabilidades de que su cáncer se diagnostique en una etapa localizada, particularmente en los casos de melanoma y de cáncer de seno (figura 5).

Las tasas de supervivencia indican el porcentaje de pacientes que están vivos después de determinado periodo de tiempo tras un diagnóstico de cáncer. El indicador de supervivencia que se usa con mayor frecuencia en la población general es la supervivencia relativa, que es el porcentaje de pacientes que están vivos después de un periodo específico después del diagnóstico (típicamente 5 años), dividido entre el porcentaje de personas que se espera que vivan en ausencia de cáncer con base en una esperanza de vida normal. Sin embargo, como históricamente los datos de esperanza de vida no han estado disponibles para los hispanos, en este reporte se usa un indicador

diferente llamado supervivencia específica de la causa. La supervivencia específica de la causa es el porcentaje de personas que no ha fallecido debido a una enfermedad específica dentro de cierto periodo (usualmente cinco años) después del diagnóstico. Aunque las tasas de supervivencia son útiles para supervisar el progreso en la detección temprana y el tratamiento de la mayoría de los cánceres, no representan la proporción de personas que se curan, porque los fallecimientos por cáncer pueden ocurrir más de 5 años después del diagnóstico.

En general, las diferencias en las tasas de supervivencia entre las poblaciones pueden reflejar diferencias en el uso de pruebas de detección, la etapa del cáncer en el momento del diagnóstico, menor acceso a un tratamiento oportuno de alta calidad, o una combinación de estos. Las diferencias en las tasas de supervivencia también pueden ser influenciadas por la exactitud del seguimiento de los pacientes con cáncer, particularmente en poblaciones con una gran proporción de personas nacidas fuera de EE. UU. como los hispanos (vea Factores que influyen las tasas de cáncer, página 32).¹⁵ De las áreas de cáncer listadas en la tabla 4, página 8, la mayor diferencia en supervivencia es en el melanoma; entre los hombres, aproximadamente 88% de blancos no hispanos sobreviven 5 años después del diagnóstico, en comparación con solo 79% de hispanos. Esta diferencia en supervivencia se puede deber a la proporción más alta de tumores más densos y en etapas más tardías en el momento del diagnóstico entre los hispanos.^{16,17}

Figura 5. Distribución por etapas de cánceres específicos en hispanos y blancos no hispanos, 2008-2012



Las personas de origen hispano/latino pueden ser de cualquier raza. Es posible que los porcentajes no sumen un total de 100 debido a que se redondearon los números.

Fuente: Incidencia - Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER), Instituto Nacional del Cáncer, 2015.

American Cancer Society Inc., Investigaciones de Vigilancia, 2015.

Tabla 4. Tasas de supervivencia específicas de la causa a los cinco años (%), 2005-2011

	Hispanos	Blancos no hispanos
Hombres		
Todos los tipos	66	68
Colon y recto	65	66
Hígado y conducto biliar intrahepático	20	20
Pulmones y bronquios	15	18
Melanoma de la piel	79	88
Próstata	93	94
Estómago	29	28
Mujeres		
Todos los tipos	70	68
Seno	88	89
Colon y recto	66	65
Hígado y conducto biliar intrahepático	22	20
Pulmones y bronquios	24	23
Melanoma de la piel	88	93
Estómago	31	34
Cuello uterino	75	70

Las tasas se basan en casos diagnosticados en 17 registros SEER de 2005 a 2011, a los que se hizo seguimiento hasta 2012. NOTA: Las tasas de supervivencia de los hispanos se deben interpretar con precaución. Puede ver más información en la sección titulada Factores que influyen en las tasas de cáncer, en la página 32.

Fuente: Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER), Instituto Nacional del Cáncer, 2015

Principales áreas de cáncer

Cáncer del seno entre las mujeres

Casos nuevos: El cáncer de seno es el cáncer más comúnmente diagnosticado entre las mujeres hispanas; en 2015 se espera que aproximadamente 19,800 mujeres hispanas sean diagnosticadas con esta enfermedad. De 2003 a 2012, las tasas de incidencia de cáncer de seno fueron estables tanto en mujeres blancas hispanas como en mujeres blancas no hispanas.

La tasa de incidencia de cáncer de seno entre las mujeres hispanas es 28% menor que la de las mujeres blancas no hispanas (tabla 3, página 5), y en la población hispana, el riesgo de cáncer de seno es aún menor en las que nacieron fuera de EE. UU.¹⁸ Estas diferencias en ocurrencia se atribuyen principalmente a la variación en la prevalencia de factores de riesgo.¹⁹ Las mujeres hispanas tienen más probabilidades de tener a su primer hijo a una edad más joven y de tener más hijos, y estos dos factores protegen contra el cáncer de seno; sin embargo, las diferencias en los factores reproductores varían sustancialmente entre subgrupos de hispanos.^{20, 21} La lactancia, que también protege contra el cáncer de seno, es más común entre las mujeres hispanas, especialmente en las recientemente inmigradas, que entre las mujeres blancas.²²⁻²⁴ Las menores tasas de incidencia entre las mujeres hispanas también se puede deber al menor uso de terapia hormonal durante la

menopausia y a menos diagnósticos debido a la menor utilización de mamografías.²⁵⁻²⁸ Si desea más información sobre las pruebas de detección de cáncer de seno, vea la página 24.

Otros factores de riesgo de cáncer de seno que se pueden modificar incluyen consumo de alcohol, inactividad física y aumento de peso después de los 18 años de edad y/o tener peso excesivo u obesidad (solo para cáncer de seno después de la menopausia).²⁹ Sin embargo, los estudios indican que la relación entre masa corporal y cáncer de seno puede diferir por grupo étnico.^{31, 32} Los factores de riesgo de cáncer que no se pueden modificar incluyen antecedentes familiares de cáncer de seno, tejido del seno de alta densidad, diabetes tipo 2, alta densidad mineral ósea (medida durante un examen de detección de osteoporosis), ciertas condiciones benignas del seno, carcinoma ductal in situ, carcinoma lobular in situ e historial menstrual prolongado (p. ej., menarquia temprana y/o menopausia tardía).³³⁻³⁷ El uso reciente de anticonceptivos con altas dosis de estrógeno también puede aumentar el riesgo de cáncer de seno, aunque no es clara esta asociación con nuevas formulaciones de dosis más bajas.³⁸ La variación étnica de los factores genéticos que influyen en el desarrollo de cáncer de seno también puede contribuir a las diferencias en el riesgo.³⁹⁻⁴¹

Mortalidad: El cáncer de seno es la causa principal de fallecimiento por cáncer entre las mujeres hispanas; se estima que en 2015 habrá 2,800 fallecimientos debidos a esta enfermedad. De 2003 a 2012 las tasas de mortalidad por cáncer de seno disminuyeron 1.3% al año entre las mujeres hispanas y 1.9% por año entre las mujeres blancas no hispanas.

Distribución por etapas y supervivencia: Es menos probable que el cáncer de seno se diagnostique en una etapa local en las mujeres hispanas que en las mujeres blancas no hispanas, aún después de que se toman en cuenta las diferencias de edad, el estado socioeconómico y el método de detección.^{42, 43} Durante el periodo comprendido entre 2008 y 2012, 57% de los cánceres de seno en las mujeres hispanas se diagnosticaron en la etapa local, en comparación con un 65% entre las mujeres blancas no hispanas (figura 5, página 7). Entre las mujeres hispanas, las menores tasas de utilización de mamografías y el seguimiento demorado de resultados exploratorios anormales o de anomalías en el seno descubiertas por las mujeres mismas probablemente contribuyen a esta diferencia.^{20, 44-46} Las mujeres hispanas también tienen más probabilidades de ser diagnosticadas con tumores de mayor tamaño y con receptores de hormonas negativos, ambos de los cuales son más difíciles de tratar.^{47, 48} Los resultados de los estudios son conflictivos con respecto a si las mujeres hispanas tienen una tasa de supervivencia menor o mayor después de tomar en cuenta estos factores.^{47, 49, 50}

Las mujeres hispanas siguen teniendo menos probabilidades de recibir tratamiento apropiado y oportuno del cáncer de seno en comparación con las mujeres blancas no hispanas.⁵¹ Los programas de intervención que hacen el seguimiento de las pacientes durante el tratamiento a fin de mejorar la comunicación entre el cirujano, el oncólogo y la paciente han demostrado reducir estas diferencias.⁵² Las tasas de supervivencia específicas de la causa a los cinco años de cáncer de seno local, regional y de etapa distante diagnosticado en las mujeres hispanas son de 96%, 85% y 31%, respectivamente.

Colon y recto

Casos nuevos: En 2015 se espera que aproximadamente 6,400 hombres hispanos y 5,300 mujeres hispanas sean diagnosticados con cáncer de colon o de recto. El cáncer colorrectal es el segundo cáncer más comúnmente diagnosticado tanto en las mujeres como en los hombres hispanos. Las tasas de incidencia de cáncer colorrectal entre las mujeres y los hombres hispanos son 6 y 15% menores, respectivamente, que las de los blancos no hispanos (tabla 3, página 5). De 2003 a 2012, las tasas de incidencia de cáncer colorrectal disminuyeron 3.0% por año entre los hispanos de 50 años de edad o más, en comparación con la disminución anual de 4.0% entre los blancos no hispanos.

Las tasas de incidencia entre los hispanos de EE. UU. continental históricamente han sido más altas que las de los residentes de Puerto Rico y de los países de habla hispana de América del Sur y América Central. Sin embargo, este patrón está cambiando debido a las reducciones en las tasas de EE. UU. y al aumento en las tasas en Puerto Rico y algunos países de Latinoamérica.^{53, 54} Esto se debe a que la ocurrencia de cáncer colorrectal aumenta con la transición económica que experimentan los países y cuando los factores asociados con la urbanización, como dietas no saludables y obesidad se vuelven más prevalentes.⁵⁵

Los factores que aumentan el riesgo de cáncer colorrectal incluyen antecedentes personales o familiares de pólipos o cáncer colorrectal, enfermedad intestinal inflamatoria crónica (p. ej., colitis ulcerativa o enfermedad de Crohn), síndromes heredados (p. ej., cáncer colorrectal no polipósico hereditario, también conocido como síndrome de Lynch), obesidad, diabetes tipo 2, consumo de carne roja o procesada, fumar y consumo de alcohol.^{29, 56-58} Los hispanos son afectados desproporcionadamente por diabetes y el riesgo elevado de cáncer colorrectal con el cual está asociado.⁵⁹ Los factores que reducen el riesgo de cáncer colorrectal incluyen actividades físicas ocupacionales o recreativas (solo cáncer de colon), consumo de leche y calcio y consumo de frutas y vegetales.²⁹ También hay evidencia de que el uso regular a largo plazo de aspirina y otros medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) reduce el riesgo de cáncer colorrectal.⁵⁶ Sin embargo, la Sociedad Americana Contra El Cáncer actualmente no recomienda el uso de estos medicamentos para prevenir el cáncer por parte de la población general debido a los posibles efectos secundarios (como sangrado gastrointestinal). Los exámenes de detección también ayudan a prevenir el cáncer colorrectal al detectar los pólipos y extirparlos antes de que se conviertan en cáncer. Puede ver más información sobre el cáncer colorrectal en la página 26.

Mortalidad: En 2015 se espera que aproximadamente 2,100 hombres hispanos y 1,700 mujeres hispanas fallezcan a causa de cáncer colorrectal. El cáncer colorrectal es la tercera causa principal de fallecimiento por cáncer entre las mujeres y los hombres hispanos. Entre 2003 y 2012, la mortalidad por cáncer colorrectal disminuyó aproximadamente 1.7% al año en los hispanos y 2.7% al año en los blancos no hispanos.

Distribución por etapas y supervivencia: Entre los hispanos la tasa de supervivencia específica de la causa a los cinco años de cáncer colorrectal diagnosticado en una etapa localizada es de 90%; la supervivencia se reduce al 70% y al 16% en los casos diagnosticados en una etapa regional y en una etapa distante, respectivamente. Los hispanos tienen ligeramente menos probabilidades que los blancos no hispanos de ser diagnosticados

con la enfermedad localizada (38% versus 40%, respectivamente) (figura 5, página 7), probablemente debido a las menores tasas de exámenes de detección y el menor acceso a un tratamiento médico oportuno.²⁸

Cáncer de pulmón y bronquios

Casos nuevos: Se espera que aproximadamente 5,000 hombres hispanos y 4,600 mujeres hispanas sean diagnosticados con cáncer de pulmón en 2015. El cáncer de pulmón es el tercer cáncer que se diagnostica más comúnmente en los hombres hispanos y el quinto más comúnmente diagnosticado en las mujeres hispanas, y es el segundo cáncer más común entre blancos no hispanos de ambos sexos. Fumar cigarrillos es el principal factor de riesgo del cáncer de pulmón, siendo responsable de aproximadamente 84% y del 81% de los fallecimientos por cáncer de pulmón entre hombres y mujeres de EE. UU., respectivamente⁶⁰. Las tasas de incidencia de cáncer de pulmón entre los hispanos son aproximadamente la mitad de la de los blancos no hispanos (tabla 3, página 5) debido al tradicionalmente menor hábito de fumar cigarrillos entre los hispanos y debido a que los hispanos que fuman tienen menos probabilidades de ser fumadores diarios y es más probable que fumen menos cigarrillos en general.⁶¹⁻⁶³ La susceptibilidad al cáncer de pulmón también puede diferir por raza/etnicidad, particularmente en el caso de personas que fuman a menores niveles.^{64, 65} (Si desea más información sobre el hábito de fumar, vea la página 16.)

De 2003 a 2012, las tasas de incidencia de cáncer de pulmón se redujeron un poco más rápidamente entre los hombres hispanos (3.1% al año) que entre los hombres blancos no hispanos (2.3% al año), lo cual puede reflejar la llegada de nuevos inmigrantes hispanos con menor riesgo de cáncer de pulmón. Entre las mujeres, las tasas de incidencia disminuyeron 1.3% por año entre los hispanos y 0.7% por año entre los blancos no hispanos durante este periodo. Se ha observado un aumento en el hábito de fumar cigarrillos como resultado de la aculturación entre las mujeres hispanas, pero no entre los hombres hispanos.^{63, 66} La mayoría de los casos de cáncer de pulmón se podría prevenir aumentando el número de fumadores adultos que dejan de fumar y reduciendo el inicio del hábito entre los adolescentes. Después de 10 años de dejar de fumar, el riesgo de cáncer del pulmón en los ex fumadores es aproximadamente la mitad de el de las personas que continúan fumando.⁶⁷

Mortalidad: Se espera que en 2015 ocurran aproximadamente 3,400 fallecimientos a causa del cáncer de pulmón entre los hombres hispanos y 2,400 fallecimientos entre las mujeres hispanas. El cáncer de pulmón es la causa principal de fallecimiento por cáncer entre los hombres hispanos y la segunda causa principal entre las mujeres hispanas. Las tasas de fallecimiento por cáncer de pulmón entre las subpoblaciones hispanas varían significativamente de acuerdo con las diferencias en los patrones históricos de fumar.¹⁴ Por ejemplo, los hombres cubanos que históricamente han tenido la prevalencia de fumar más alta, tienen las tasas de fallecimiento por cáncer de pulmón más altas, un 30% más altas que las de los hombres mexicanos o puertorriqueños.⁷

Entre 2003 y 2012, la mortalidad por cáncer de pulmón disminuyó 3.1% al año entre los hombres hispanos y 1.4% al año entre las mujeres hispanas. Durante el mismo intervalo de tiempo, la mortalidad por cáncer de pulmón entre los blancos no hispanos disminuyó 2.4% al año en los hombres y 1.1% al año en las mujeres. Las mayores reducciones en las tasas de fallecimiento entre los hombres reflejan reducciones más prontas y de mayor número en el hábito de fumar en comparación con las mujeres; los patrones de fumar de

las mujeres en EE. UU. tienen una demora de 20 años con respecto al de los hombres. Los exámenes de detección con tomografía computarizada helicoidal han demostrado reducir la mortalidad entre las personas que fuman excesivamente o que han fumado por largo tiempo.⁶⁸ Si desea información sobre exámenes de detección de cáncer de pulmón, vea la página 26.

Distribución por etapas y supervivencia: La mayoría de los pacientes con cáncer de pulmón son diagnosticados en una etapa avanzada; sólo un 15% de los hispanos y 18% de los blancos no hispanos son diagnosticados con cáncer localizado (figura 5, página 7), para los cuales la supervivencia específica de la causa es de aproximadamente 62% en los hispanos. El cáncer de pulmón es también uno de los cánceres más mortales; la supervivencia a los 5 años se reduce a 33% y a 5% en los hispanos diagnosticados en las etapas regional y distante, respectivamente. Las mujeres hispanas tienen una supervivencia específica de la causa a los 5 años más alta que la de los hombres hispanos en todos los cánceres de pulmón combinados (24% versus 15%, respectivamente) (tabla 4, página 8).

Próstata

Casos nuevos: El cáncer de próstata es el cáncer más común entre los hombres hispanos, y se espera que en 2015 haya aproximadamente 13,000 casos nuevos. La tasa de incidencia entre los hispanos (112.1 por 100,000) es aproximadamente 9% menor que entre los blancos no hispanos (123.0) (tabla 3, página 5), probablemente debido a las bajas tasas de pruebas de antígeno

prostático específico (prostate-specific antigen, PSA) entre los hispanos.⁶⁹ De 2003 a 2012, las tasas de incidencia de cáncer de próstata disminuyeron 4.7% al año entre los hombres hispanos y 3.5% al año entre los hombres blancos no hispanos. El aumento de la edad, la ascendencia africana, ciertas afecciones genéticas heredadas (p. ej., el síndrome de Lynch), y los antecedentes familiares de la enfermedad son los únicos factores de riesgo bien establecidos en el caso del cáncer de próstata. La obesidad también puede estar asociada con un aumento del riesgo de una enfermedad agresiva.⁷⁰

Mortalidad: Se espera que en 2015 ocurran aproximadamente 1,800 fallecimientos por cáncer de próstata entre los hombres hispanos, convirtiendo este cáncer en la cuarta causa principal de fallecimientos por cáncer. La mortalidad es ligeramente menor entre los hombres hispanos (17.8 por 100,000) que entre los blancos no hispanos (19.9) (tabla 3, página 5). De 2003 a 2012, la tasa de mortalidad disminuyó un 3.0% anual entre los hombres hispanos y un 3.3% anual entre los hombres blancos no hispanos.

Distribución por etapas y supervivencia: Aproximadamente un 75% de los cánceres de próstata se descubren en una etapa localizada entre los hombres hispanos, en comparación con 79% en los hombres blancos no hispanos (figura 5, página 7), de los cuales la tasa de supervivencia específica de la causa a los 5 años es de aproximadamente 98% en ambos grupos. La tasa de supervivencia entre los diagnosticados en una etapa distante es de 32% en los hombres hispanos y 29% en los blancos no hispanos.

Tipos de cáncer de mayor incidencia entre los hispanos

Aunque los hispanos tienen tasas comparativamente bajas de los cánceres más comunes, tienen tasas desproporcionadamente altas de cánceres relacionados con agentes infecciosos (p. ej., cánceres del hígado, del estómago y del cuello uterino) y cáncer de la vesícula biliar. Los cánceres relacionados con agentes infecciosos son más comunes en países en desarrollo económico, incluidas algunas partes de Latinoamérica.⁸ Uno de cada seis cánceres nuevos en América Central y en América del Sur se atribuye a agentes infecciosos, en comparación con uno en cada 25 en América del Norte.⁷¹ En EE. UU. las tasas de incidencia y la mortalidad de estos cánceres son más altas entre los hispanos, especialmente los inmigrantes de primera generación en el caso de los cánceres de estómago y de cuello uterino, que entre los blancos no hispanos.¹⁴

Hígado y conducto biliar intrahepático

En 2015 aproximadamente 5,100 hispanos serán diagnosticados con cáncer de hígado, y aproximadamente 3,300 hispanos fallecerán debido a esta enfermedad. Las tasas de incidencia de cáncer de hígado en EE. UU. son casi el doble en los hispanos que en los blancos no hispanos, y casi tres veces más altas en los hombres que en las mujeres (tabla 3, página 5).⁷² Las tasas de incidencia de cáncer de hígado han estado aumentando desde la mitad de la década de los ochenta; de 2003 a 2012, las tasas aumentaron anualmente un 1.8% en los hombres y un 2.4% en las mujeres entre los hispanos, y 3.7% y 3.5% entre los hombres y las mujeres blancos no hispanos, respectivamente. Sin embargo, un análisis reciente indica que las tasas tal vez hayan llegado a

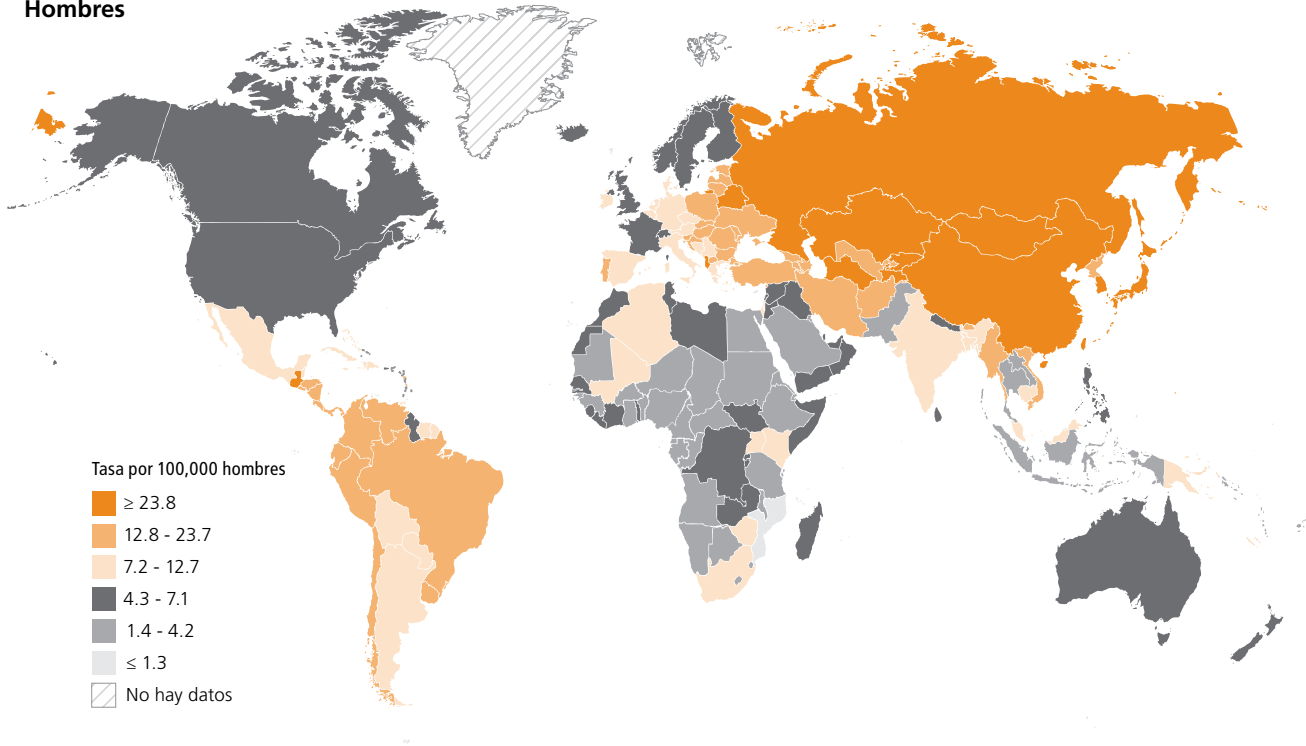
un máximo.⁷³ Las tendencias en las tasas de fallecimiento por cáncer de hígado son similares a las tasas de incidencia debido a que el cáncer de hígado es uno de los tipos de cáncer más mortales; la tasa de supervivencia específica de la causa a los 5 años entre los hispanos es de 20% y 22% para hombres y mujeres, respectivamente (tabla 4, página 8). Se espera que en 2015 el cáncer de hígado sea la causa más común de fallecimientos por cáncer entre los hombres hispanos (figura 2, página 3).

Las infecciones crónicas con el virus de la hepatitis B (VHB) y/o el virus de la hepatitis C (VHC) son responsables de la mayoría de los casos de cáncer de hígado en los países en desarrollo, pero en menor proporción en los países desarrollados.⁷⁴ La principal medida de prevención es la vacunación; pero no hay una vacuna para prevenir la infección con el VHC. La transmisión de cualquiera de las infecciones potencialmente se puede prevenir a través de medidas de salud pública, como exámenes de sangre, órganos, tejido y semen de donantes, y para el VHC, programas de intercambio de agujas y jeringas.⁷⁵ El tratamiento de enfermedades hepáticas en personas con infección crónica del VHB y/o del VHC puede reducir el riesgo de desarrollar cáncer de hígado.⁷⁶ Puede encontrar más información sobre el VHB y el VHC en la página 22.

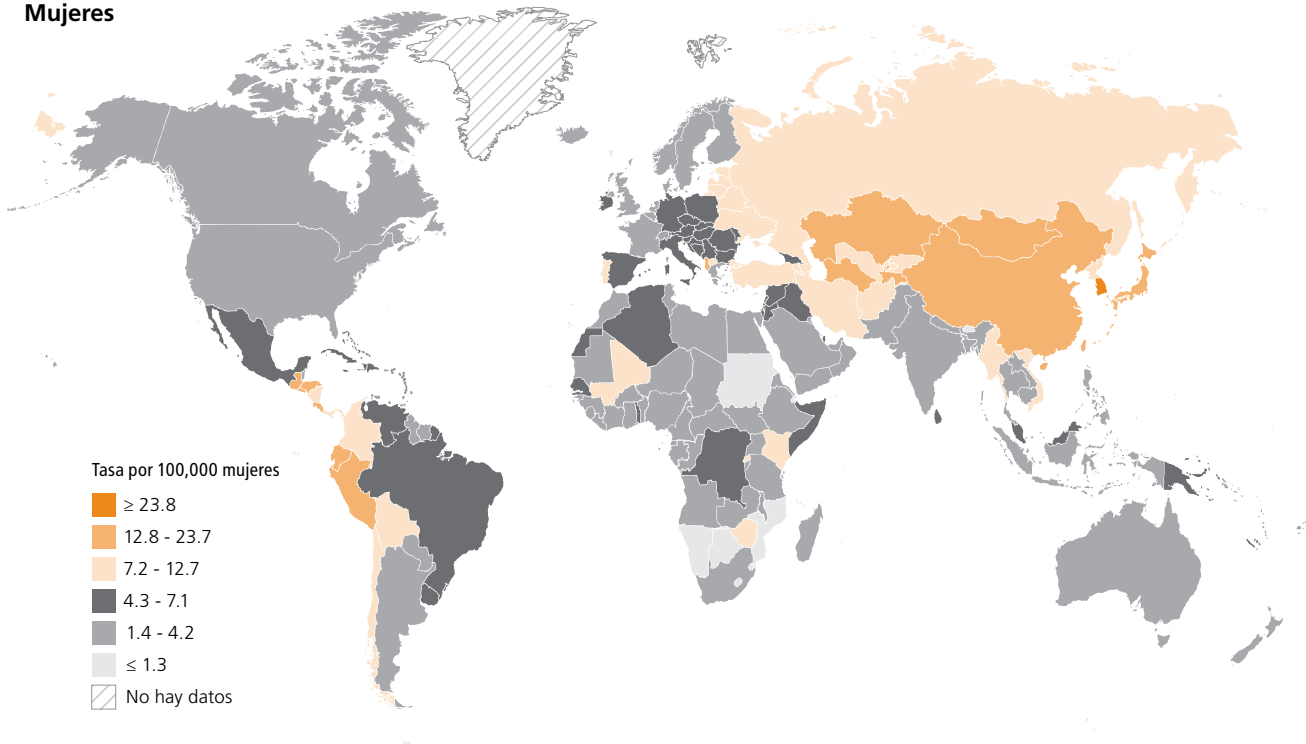
En las últimas décadas han aumentado las tasas de obesidad y diabetes entre los hispanos, particularmente entre los mexicanos y los puertorriqueños que viven en EE. UU. continental, y esto puede estar relacionado con el aumento en la incidencia de cáncer de hígado (si desea más información sobre la obesidad vea la página

Figura 6. Variación internacional en las tasas de incidencia de cáncer de estómago, 2012

Hombres



Mujeres



Estas tasas se ajustaron a la población estándar mundial de 1960.

Fuente: GLOBOCAN 2012.

18).⁷⁷⁻⁸¹ Otros factores de riesgo de cáncer de hígado incluyen consumo excesivo de alcohol, el hábito de fumar, síndromes metabólicos raros y la aflatoxina (una toxina producida por un hongo que crece en granos o cacahuates almacenados en condiciones húmedas y calientes y que se encuentra con mayor frecuencia en los países en desarrollo).^{75, 82, 83} Aunque en general el consumo de alcohol entre los hispanos es bajo, algunos estudios han encontrado que el consumo excesivo o desenfrenado es más común entre los mexicanos que entre los hombres blancos no hispanos.^{84, 85}

Estómago

En 2015 aproximadamente 3,200 hispanos serán diagnosticados con cáncer de estómago, y aproximadamente 1,700 hispanos fallecerán debido a esta enfermedad. En EE. UU., la tasa de incidencia de cáncer de estómago en hombres hispanos es 73% mayor que en hombres blancos no hispanos; entre las mujeres, la tasa entre las hispanas es más del doble que entre las blancas no hispanas (tabla 3, página 5). Entre 2003 y 2012, las tasas de incidencia disminuyeron 2.7% por año entre los hispanos y 1.0% por año entre los blancos no hispanos. De la misma manera, las tasas de fallecimiento disminuyeron durante ese periodo, aunque las tasas en los blancos no hispanos se redujeron más rápidamente que las de los hispanos, 3.3% por año y 2.8% por año, respectivamente. Los hispanos tienen un mayor riesgo de inicio temprano de cáncer de estómago (edad al diagnóstico <50 años) que los blancos no hispanos, los negros no hispanos y los asiáticos e isleños del Pacífico.⁸⁶ La tasa de supervivencia específica de la causa a los 5 años del cáncer de estómago en los hispanos es de 30% (tabla 4, página 8).

La infección crónica con *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) es el factor de riesgo más importante identificado para el cáncer de estómago, aunque sólo un 5% de las personas infectadas desarrollan la enfermedad.^{87, 88} La prevalencia de la infección con *H. pylori* es mayor en los países de menores ingresos y entre personas de estado socioeconómico más bajo.⁸⁹ La incidencia de cáncer de estómago ha disminuido sustancialmente en los países de ingresos altos, pero aún es muy común en México, América Central, América del Sur y Asia.⁹⁰ Antes de la década de los cincuenta el cáncer de estómago era la causa principal de fallecimientos por cáncer en EE. UU., pero en la actualidad ocupa el 14.º lugar. No se entienden bien las grandes reducciones en las tasas de cáncer de estómago, pero se piensa que reflejan reducciones en la prevalencia de la infección con *H. pylori* debidas al mejoramiento de la higiene y al menor consumo de alimentos preservados con sal gracias al mejoramiento de las prácticas de preservación de alimentos. En recientes estudios de asignación aleatoria se ha demostrado que la detección y el tratamiento de personas infectadas con *H. pylori* han reducido el riesgo de cáncer de estómago, pero es necesario hacer más investigaciones para demostrar la utilidad de tales medidas en la práctica clínica y evaluar los daños potenciales.⁹¹ Si desea más información sobre *H. pylori*, vea la página 22.

Otros factores de riesgo de cáncer de estómago incluyen fumar y probablemente el alto consumo de alimentos ahumados, carne o pescado salado y vegetales encurtidos.^{29, 92} El consumo excesivo de alcohol también puede aumentar el riesgo, y la obesidad y el reflujo gastrointestinal también pueden aumentar el riesgo de cáncer en la región superior del estómago.^{92, 93} Algunos estudios han demostrado que las frutas y los vegetales sin almidón, particularmente los vegetales del género *Allium* (como ajo, cebollas, puerros) protegen contra el cáncer de estómago.²⁹

Cuello uterino

En 2015, 2,000 mujeres hispanas en EE. UU. serán diagnosticadas con cáncer de cuello uterino, más comúnmente conocido como cáncer cervical, y aproximadamente 600 de ellas fallecerán a causa de esta enfermedad. En general, la tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino entre las mujeres hispanas de EE. UU. es 44% más alta que la de las mujeres blancas no hispanas (tabla 3, página 5). Un análisis geográfico en EE. UU. determinó que las tasas de incidencia entre las mujeres hispanas son las más altas en la región inferior del Valle del Mississippi y el sur de los Apalaches.⁹⁴ Sin embargo, las tasas de incidencia en las mujeres hispanas disminuyó 3.9% al año de 2003 a 2012 en comparación con una reducción más modesta de 0.7% por año entre las mujeres blancas no hispanas, parcialmente debido a menores tasas de referencia. Las tasas de fallecimiento disminuyeron 2.3% por año entre los hispanos y se mantuvieron estables entre los blancos no hispanos durante este periodo.

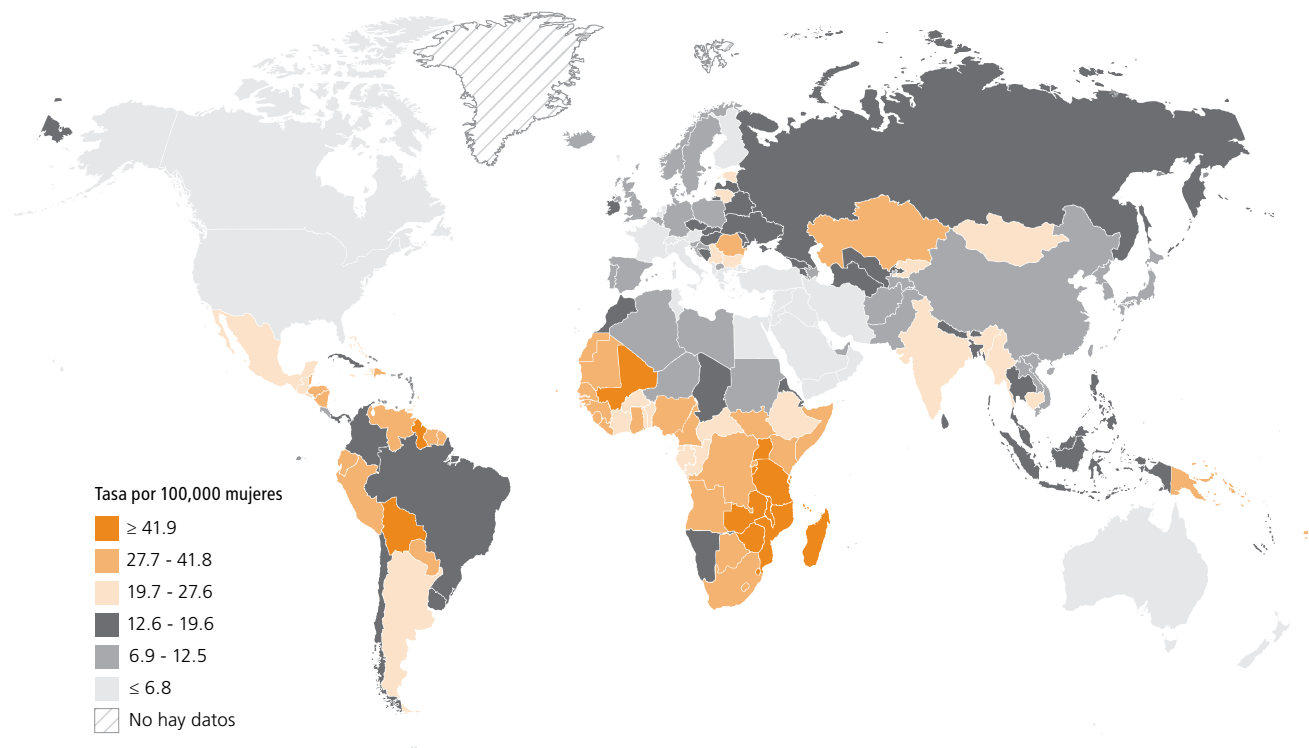
El cáncer de cuello uterino es causado por una infección persistente con ciertos tipos del virus del papiloma humano (VPH). La principal prevención de la infección con el VPH es la vacunación. En EE. UU. hay tres vacunas aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos para la prevención de las infecciones más comunes por el VPH que causan cáncer (puede encontrar más información en la página 23).⁹⁵ También se puede prevenir el cáncer de cuello uterino extirpando lesiones precancerosas descubiertas mediante exámenes de detección. Las mujeres en México y en América del Centro y América del Sur experimentan una tasa de incidencia y una mortalidad aproximadamente tres veces mayores que la de las mujeres en EE. UU., principalmente debido a la mayor prevalencia de infecciones con el VPH y menos acceso a los exámenes de detección en esos países (figura 7).^{90, 96}

Además de descubrir lesiones precancerosas, los exámenes de detección pueden ayudar a detectar el cáncer en sus primeras etapas, cuando el tratamiento tiene más éxito. Por fortuna, la mayoría de los precánceres de cuello uterino crecen lentamente, así que casi todos los casos se podrían prevenir con exámenes de detección regulares (puede encontrar más información sobre los exámenes de detección de cáncer de cuello uterino en la página 24. Se piensa que las tasas bajas de exámenes de detección y el incumplimiento al seguimiento recomendado después de recibir resultados anormales de la prueba, contribuyen a una mayor mortalidad entre las mujeres hispanas.⁹⁷ La tasa de supervivencia a los 5 años de cáncer de cuello uterino es de 75% entre las mujeres hispanas y de 70% entre las mujeres blancas no hispanas. Se ha estimado que tantos como 80% de los fallecimientos por cáncer de cuello uterino se podrían prevenir con exámenes de detección regulares y el seguimiento y tratamiento adecuados de las pacientes.⁹⁸

Vesícula biliar

El cáncer de vesícula biliar es uno de los pocos cánceres que ocurren con más frecuencia entre las mujeres que entre los hombres. En 2015 aproximadamente 800 mujeres hispanas serán diagnosticadas con cáncer de la vesícula biliar. En EE. UU., las mujeres hispanas tienen la segunda tasa de incidencia más alta después de las mujeres indígenas americanas y las nativas de Alaska, dos veces las tasas de tanto hombres hispanos como de mujeres blancas no hispanas, y cuatro veces las de los hombres blancos no hispanos (tabla 3, página 5).⁹⁹ De 2003 a 2012, las tasas de incidencia de cáncer de la vesícula biliar en los hispanos fue estable entre los hombres y se redujo 1.6% por año entre las mujeres;

Figura 7. Variación internacional en las tasas de incidencia de cáncer de cuello uterino estandarizadas respecto a la edad, 2012



Estas tasas se ajustaron a la población estándar mundial de 1960.

Fuente: GLOBOCAN 2012.

en este periodo, las tasas de fallecimiento fueron estables entre ambos sexos. El cáncer de la vesícula biliar tiene síntomas no específicos que típicamente dan como resultado un diagnóstico en una etapa tardía y una supervivencia muy pobre¹⁰⁰. La tasa de supervivencia específica de la causa de 5 años entre los hispanos es de aproximadamente 25%.

Existe una extensa variación en la incidencia mundial, encontrándose el riesgo más alto de cáncer de vesícula biliar en Latinoamérica y en Asia.⁹⁰ Notablemente, el cáncer de vesícula biliar es la segunda causa más común de fallecimiento entre las mujeres chilenas después del cáncer de seno. No se entienden

bien las razones de las tasas altas de cáncer de vesícula biliar entre los hispanos, pero se piensa que posiblemente incluyen factores genéticos.¹⁰¹ Un historial de cálculos biliares es el factor de riesgo más importante del cáncer de vesícula biliar, aunque menos de 1% de las personas con cálculos biliares desarrollarán este cáncer.^{100, 101} Otros factores de riesgo incluyen inflamación crónica del tracto biliar, diabetes, el uso de terapia de sustitución hormonal y obesidad.^{30, 102-104} Un estudio también ha sugerido que la contaminación de los chiles rojos con aflatoxina puede estar relacionado con las altas tasas de cáncer de vesícula biliar que se observan en Chile.¹⁰⁵

El cáncer en los niños y adolescentes

Panorama general

Los tipos de cáncer que ocurren más comúnmente entre los niños (de 0 a 14 años de edad) y entre los adolescentes (de 15 a 19 años de edad) son diferentes a los de los adultos. A diferencia de muchos cánceres de adultos, de los cuales se sabe que factores tales como fumar son causas que se pueden prevenir, los factores de riesgo de cáncer en los niños y adolescentes no se entienden bien. Algunas de las causas conocidas incluyen cam-

bios genéticos que se transmiten de padres a hijos, exposición a la radiación y ciertas infecciones virales. Por razones que no se entienden claramente, por lo general los cánceres infantiles son más comunes en los países económicamente desarrollados que en los países en desarrollo.⁹⁰

Casos nuevos: En 2015 aproximadamente 2,700 niños hispanos (de 0 a 14 años de edad) en EE. UU. serán diagnosticados con cáncer, lo que representa aproximadamente un 2.1% de los

Tabla 5. Tasas de incidencia del cáncer de niños y adolescentes y relación proporcional de las tasas entre hispanos y blancos no hispanos, 2008-2012

	De 0 a 14 años de edad			De 15 a 19 años de edad		
	Hispanos	Blancos no hispanos	Relación proporcional de las tasas	Hispanos	Blancos no hispanos	Relación proporcional de las tasas
Todos los tipos	162.0	173.2	0.94*	206.0	241.5	0.85*
Leucemia	63.8	52.6	1.21*	42.8	31.5	1.36*
Leucemia linfoide	49.9	41.1	1.22*	26.5	14.8	1.78*
Leucemia mieloide aguda	8.4	6.9	1.21*	9.5	9.9	0.96
Cerebro y otros del sistema nervioso central	27.6	39.4	0.70*	15.8	25.7	0.61*
Astrocitomas	12.5	20.4	0.61*	9.3	14.4	0.64*
Linfomas	19.3	19.0	1.01	35.8	58.9	0.61*
Linfoma de Hodgkin	6.0	5.5	1.08	22.4	38.7	0.58*
Linfoma no-Hodgkin (excepto linfoma de Burkitt)	6.9	6.6	1.05	10.5	15.7	0.67*
Linfoma de Burkitt	1.6	2.9	0.56*	1.1	2.6	0.43*
Sarcomas de tejido blando	9.9	11.3	0.88*	13.6	15.1	0.90
Tumores de hueso	7.1	7.2	0.98	13.7	14.6	0.94
Osteosarcoma	4.2	3.7	1.14	8.2	7.6	1.08
Tumores de células germinales	6.0	5.0	1.20*	41.4	28.4	1.46*
Tumor maligno de células germinales gonadales	3.3	1.9	1.70*	33.3	22.8	1.46*
Tumor de células germinales intracraneales e intra-espinales	1.4	1.5	0.93	2.4	2.4	1.00
Neuroblastoma	7.1	13.2	0.53*	†	0.7	–
Tumores renales	6.6	9.4	0.70*	1.5	1.7	0.88
Retinoblastoma	4.7	3.9	1.21*	†	†	–
Tumores hepáticos	3.2	2.7	1.16	1.3	1.1	1.21

Las tasas son por 1,000,000 habitantes y se ajustan por edades a la población estándar de EE. UU. del año 2000. Las personas de origen hispano/latino pueden ser de cualquier raza. Las relaciones proporcionales se calculan dividiendo la tasa de incidencia de los hispanos entre la tasa de incidencia de los blancos no hispanos. *La diferencia entre las tasas de los hispanos y de los blancos no hispanos es significativa ($P < 0.05$). †Datos suprimidos debido a que hubo menos de 25 casos.

Fuente: Asociación Norteamericana de Registros Centrales de Cáncer, 2015.

American Cancer Society Inc., Investigaciones de Vigilancia, 2015

casos de cáncer entre los hispanos. En contraste, el cáncer infantil representa un 0.5% de los casos nuevos de cáncer entre los blancos no hispanos. La diferencia se debe principalmente a la distribución etaria, los niños representan un 28% de la población hispana, en comparación con el 16% de la población blanca no hispana.⁴ De 2003 a 2012, las tasas de incidencia de todos los cánceres combinados en los niños fueron estables en los hispanos y aumentaron ligeramente 0.5% al año entre los blancos no hispanos. En contraste, las tasas de incidencia en los adolescentes aumentó 1.1% al año entre los hispanos y permaneció estable entre los blancos no hispanos.

La leucemia es el cáncer más común entre los niños hispanos, seguido del cáncer de cerebro/sistema nervioso central y el linfoma (tabla 5). La carga del cáncer en los adolescentes hispanos es ligeramente diferente; los tumores de células germinales son el tipo de cáncer más común, seguidos por leucemia y linfoma. Las tasas de incidencia de todos los cánceres combinados y de la mayoría de los cánceres son ligeramente menores en los hispanos que en los blancos no hispanos. Las excepciones son la leucemia, tumores de células germinales y retinoblastoma, cuyas tasas son más altas entre los hispanos. Los niños y los adolescentes hispanos tienen tasas de leucemia más altas que las de otros grupos raciales y étnicos en EE. UU., casi duplicando las de los niños negros no hispanos que tienen las tasas más bajas (figura 8).

Mortalidad: Aproximadamente de 300 a 400 niños hispanos menores de 15 años de edad fallecerán por cáncer en 2015. El cáncer infantil es la segunda causa principal de mortalidad entre los niños hispanos y los niños blancos no hispanos de 1 a 14 años de edad, después de los accidentes. Entre los adolescentes, el cáncer es la cuarta causa principal de fallecimiento entre los hispanos y la tercera causa principal entre los blancos no hispanos. De 2003 a 2012 las tasas de fallecimiento de todos los cánceres combinados disminuyeron 2.2% por año entre los niños hispanos y fueron estables entre los adolescentes. Durante este periodo, en los blancos no hispanos las tasas de fallecimiento disminuyeron 1.9% por año entre niños y 2.1% entre los adolescentes.

Detección en una etapa inicial: Los cánceres de la infancia frecuentemente tienen síntomas no específicos y son difíciles de reconocer. Los padres deben asegurarse de que sus hijos se sometían con regularidad a chequeos médicos y presten atención a aquellos síntomas o señales poco comunes que persistan. Entre dichos síntomas cabe citar los siguientes: masas o inflamaciones inusuales; palidez o pérdida de energía inexplicable; tendencia súbita a los hematomas; cojera o dolor localizado; fiebre o enfermedad inexplicable; dolores de cabeza frecuentes, acompañados a menudo con vómitos; cambios repentinos en los ojos o en la vista; y pérdida de peso rápida y excesiva.

Supervivencia: En los últimos 30 años ha habido mejoras significativas en las tasas de supervivencia de 5 años en la mayoría de los cánceres infantiles. Este progreso se debe en gran medida a los avances en el tratamiento y en la alta proporción de pacientes que participan en estudios clínicos. Sin embargo, algunos cánceres infantiles continúan teniendo bajas tasas de supervivencia, y en general la supervivencia entre los hispanos sigue siendo menor que entre los blancos no hispanos en el caso de todos los cánceres combinados y de muchos tipos de cáncer. La tasa de supervivencia específica de la causa a los 5 años para todos los cánceres combinados diagnosticados en niños y adolescentes entre 2005 y 2011 fue de 83% en los hispanos y 87% en los blancos no hispanos. Las diferencias más grandes en supervivencia se observan en neuroblastoma y tumores del cerebro u otros tumores del sistema nervioso entre los niños (9% y 8% menos entre los hispanos, respectivamente) y en leucemia entre los adolescentes (15% menos en los hispanos). El tratamiento del cáncer infantil depende del tipo y la etapa de la enfermedad, e involucra un equipo formado por oncólogos pediátricos, enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos.

Cánceres selectos

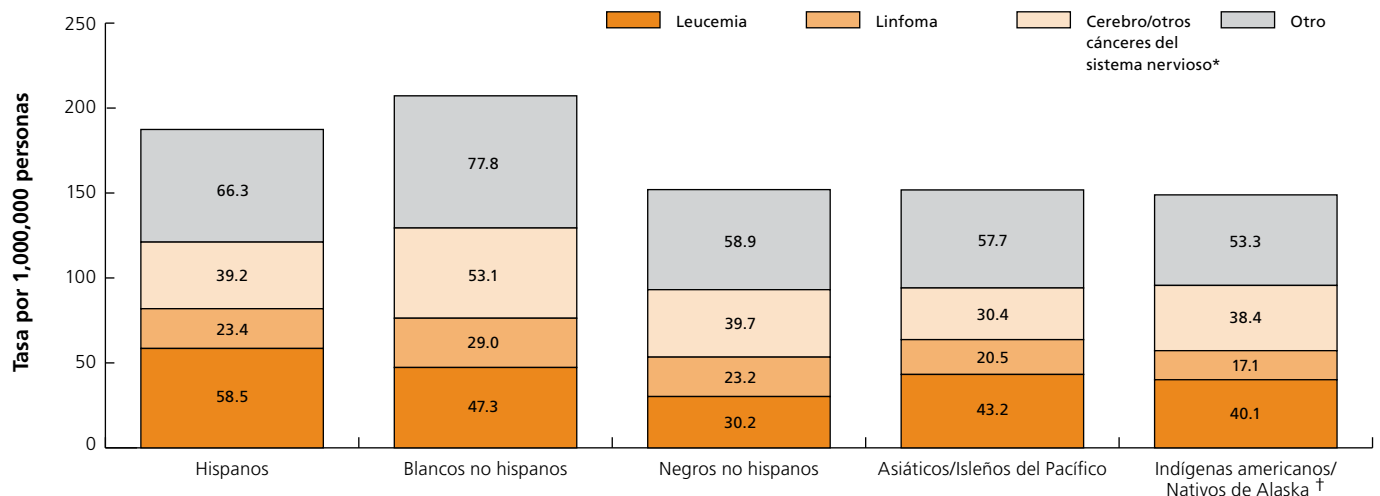
Leucemia: La leucemia es una enfermedad caracterizada por la presencia en la sangre y en la médula ósea de un número excesivo de glóbulos blancos que no se han desarrollado completamente. Es el cáncer más común en niños, y representa un tercio de todos los cánceres infantiles. Hay dos tipos principales de leucemia en los niños, la leucemia linfocítica aguda (LLA) que representa un 78% de los casos de leucemia pediátrica entre los hispanos, y la leucemia mieloide aguda (LMA) que representa un 13% de los casos. La incidencia de LLA es mayor en los niños de uno a cuatro años de edad. Las tasas de incidencia de LLA y de LMA son más altas entre los niños hispanos que entre los

niños blancos no hispanos (tabla 5). Aunque las anomalías genéticas parecen ser las responsables de cierta proporción de leucemia infantil, pocos factores de riesgo, aparte de la exposición a la radiación, están bien establecidos¹⁰⁶⁻¹⁰⁹.

Las tasas de supervivencia de cinco años de la LLA han mejorado significativamente en las dos últimas décadas para todos los niños¹¹⁰. Sin embargo, la supervivencia es menor entre los niños hispanos en comparación con los blancos no hispanos en todos los subtipos de leucemia. Por ejemplo, las tasas de supervivencia específicas de 5 años de la LLA son de 89% y 93% para los hispanos y los blancos no hispanos, respectivamente; para la LMA estos números disminuyen a 69% y 77%, respectivamente. Aunque probablemente el menor acceso al tratamiento es la causa de parte de la disparidad, estas diferencias también son aparentes en los estudios clínicos, en los cuales todos reciben el mismo tratamiento^{110,111}. Las investigaciones recientes han mostrado que esta menor supervivencia se puede deber a la carga excesiva que los tipos de leucemia de alto riesgo imponen a los niños hispanos^{108,112,113}.

Cáncer cerebral y otros cánceres del sistema nervioso: Los cánceres del cerebro y otros cánceres del sistema nervioso representan aproximadamente 17% de todos los cánceres malignos entre los niños hispanos menores de 15 años de edad y 8% entre los adolescentes. Las tasas de incidencia de estos tumores son aproximadamente 30% y 39% menores en los niños y adolescentes hispanos, respectivamente en comparación con los blancos no hispanos, entre los cuales las tasas son las mayores (tabla 5). La mayor parte de esta diferencia se explica por la tasa de incidencia de astrocitoma, que es aproximadamente 39% menor en los niños hispanos que en los blancos no hispanos. La diferencia también puede reflejar diferencias en el acceso y la utilización de técnicas de diagnóstico avanzadas para la detección de estos cánceres¹¹¹.

Figura 8. Comparación entre las tasas de incidencia de cánceres comunes en la infancia y la adolescencia por raza/grupo étnico, de 0 a 19 años de edad, 2008-2012



Estas tasas se ajustaron por edades a la población estándar de EE.UU. en 2000. Las personas de origen hispano/latino pueden ser de cualquier raza. *Incluye tumores de cerebro benignos y de comportamiento incierto. †Los datos se basan en las áreas de suministro de servicios de salud por contrato del Servicio de Salud para Indígenas (Indian Health Service). Las tasas de incidencia excluyen datos de Kansas.

Fuente: Asociación Norteamericana de Registros Centrales de Cáncer, 2015.

American Cancer Society Inc., Investigaciones de Vigilancia, 2015.

La supervivencia de los cánceres del cerebro y otros cánceres del sistema nervioso depende en gran medida de la edad al diagnóstico, el tipo de tumor y su ubicación y el tratamiento.¹¹¹ La tasa de supervivencia específica de la causa a los 5 años para los niños es de 70% entre los hispanos y 76% entre los blancos no hispanos, mientras que para los adolescentes es de 81% y 83%, respectivamente.

Linfoma: El mayor riesgo de desarrollar linfoma ocurre durante las edades de 10 a 19 años. Las tasas de incidencia de linfoma entre los niños son las mismas para los hispanos y para los blancos no hispanos (excepto la del linfoma de Burkitt, que es menor entre los hispanos) mientras que entre los adolescentes, las tasas de incidencia en los hispanos son 42% menor para linfoma de

Hodgkin y 37% menor para linfoma no Hodgkin (incluido el linfoma de Burkitt). Sin embargo, probablemente hay variaciones en el riesgo entre las subpoblaciones hispanas. En un estudio se descubrió que las tasas de incidencia de linfoma entre los niños hispanos de Florida, que eran principalmente de origen cubano y centroamericano, eran el doble de las de los niños hispanos de California, que son principalmente de origen mexicano¹¹⁴.

La supervivencia del linfoma pediátrico es similar en los hispanos y en los blancos no hispanos. Entre los hispanos, la tasa de supervivencia específica de la causa a los 5 años para el linfoma de Hodgkin es de 99% en los niños y 97% en los adolescentes; las tasas de linfoma no Hodgkin son 91% y 86% respectivamente.

Factores de riesgo del cáncer

La abstinencia del uso del tabaco, el mantenimiento de un peso corporal saludable, un estilo de vida físicamente activo y el consumo de una dieta saludable pueden reducir significativamente el riesgo que tiene una persona durante toda su vida de desarrollar cáncer o fallecer por su causa¹¹⁵. El uso del tabaco es una de las causas de la enfermedad que más se puede prevenir, y representa aproximadamente 30% de todos los fallecimientos por cáncer⁶⁰. El Fondo Mundial de Investigaciones sobre el Cáncer (World Cancer Research Fund) estima que aproximadamente 20% de todos los cánceres diagnosticados en EE. UU. están relacionados con peso excesivo u obesidad, inactividad física, consumo excesivo de alcohol y una nutrición deficiente¹¹⁵. El consumo de alcohol es otro factor de riesgo importante para algunos tipos de cáncer, particularmente el cáncer de hígado^{29, 83}. Ciertos tipos de cáncer (como los de cuello uterino, hígado y estómago) están relacionados con agentes infecciosos, como el virus de la hepatitis B (VHB), el virus de la hepatitis C (VHC), el virus del papiloma humano (VPH), el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y *Helicobacter pylori* (*H. pylori*)⁷¹. Los cánceres relacionados con agentes infecciosos afectan desproporcionadamente a los hispanos⁷². Si los conocimientos actuales sobre la prevención y la detección temprana del cáncer se aplicaran completamente, mucho del sufrimiento y muchos fallecimientos causados por el cáncer se podrían prevenir^{116, 117}.

Si desea más información sobre los factores de riesgo del cáncer además de la que se incluye en este capítulo, visite [cancer.org/research/cancerfactsstatistics/index](http://cancerfactsstatistics/index) donde encontrará la última edición de *Cancer Prevention & Early Detection Facts & Figures (Datos y Estadísticas sobre la Prevención y la Detección Temprana de Cáncer)*.

Tabaco

Aunque el uso de cigarrillos, cigarros y tabaco sin humo está disminuyendo en EE. UU., otros productos de tabaco como las pipas de agua y los sistemas electrónicos de administración de nicotina (comúnmente llamados cigarrillos electrónicos) están volviéndose muy populares. El uso del tabaco aumenta el riesgo de cánceres de pulmón, boca, laringe, faringe, esófago, estómago, colorrectal, de hígado, páncreas, riñón, vejiga, cuello uterino y ovarios (mucinoso), así como leucemia mieloide.^{60, 118} El hábito de fumar, excesivo y a largo plazo, también puede aumentar el riesgo de cáncer de seno, particularmente entre las mujeres que comenzaron a fumar antes de dar a luz a su primer hijo.^{119, 120}

Adultos

En general, los hispanos adultos tienen menos probabilidades de usar tabaco que los blancos o los negros no hispanos¹²¹. En 2014, los adultos hispanos tenían menos probabilidades de ser fumadores actuales que los blancos no hispanos (11% versus 18%, respectivamente), debido principalmente a la baja prevalencia de fumar entre las mujeres hispanas (8%, en comparación con 15% entre los hombres hispanos) (tabla 6). Los puertorriqueños (de EE. UU. continental) tenían más probabilidades de fumar que otros subgrupos hispanos en EE.UU. y la prevalencia era mayor entre los adultos nacidos en este país que entre los nacidos fuera de este país. En 2013, el uso de cigarrillos electrónicos también era menor entre hispanos que entre blancos no hispanos (1% versus 2%, respectivamente)¹²¹.

Los fumadores que dejan de fumar pueden esperar vivir tantos como 10 años más que aquellos que continúan fumando¹²². Para muchos fumadores es difícil dejar de fumar debido a las propiedades adictivas de la nicotina del tabaco. El consejo de un proveedor médico puede alentar a los fumadores a dejar de fumar¹²³. Sin embargo, según una encuesta, los hispanos tenían menos probabilidades de haber recibido el consejo de un profesional médico para dejar de fumar, y tenían menos interés en dejar de fumar que los blancos o los negros no hispanos¹²⁴. Los fumadores hispanos también tenían menos probabilidades de recibir servicios para dejar de fumar que los blancos no hispanos, lo que se puede deber parcialmente a un menor acceso a la atención médica. El uso de auxiliares para dejar de fumar, como productos de sustitución de nicotina y terapias de la conducta puede mejorar las tasas de éxito, y el uso combinado de asesoramiento y medicamentos ha demostrado ser más eficaz que el tratamiento individual^{123, 125}. Las disparidades en el acceso a auxiliares para dejar de fumar se podrían reducir en el futuro, conforme las disposiciones de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA) aumentan el acceso a la cobertura de tratamientos para dejar de fumar basados en evidencia¹²⁶.

El apoyo social, especialmente el del cónyuge, puede desempeñar un papel significativo en el éxito de dejar de fumar entre los fumadores hispanos. En particular, el apoyo social entre los hispanos puede prevenir la depresión, que de otra manera puede reducir el éxito en los intentos para dejar de fumar^{127, 128}. Los programas de cesación del hábito de fumar entre los hispanos pueden ser más eficaces si incluyen a asesoras de salud regulares

Tabla 6. Consumo actual de cigarrillos* y de alcohol (%) en adultos de 18 años y más, EE. UU., 2014

	Hispanos			Blancos no hispanos		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Fumar	14.8	7.6	11.2	19.4	17.3	18.3
Origen [†]						
Puertorriqueños	24.6	15.3	19.9	–	–	–
Mexicanos	15.0	6.5	10.7	–	–	–
Cubanos	16.7	6.2	11.8	–	–	–
Dominicanos	12.5	6.4	9.3	–	–	–
Centro/sudamericanos	11.3	4.2	7.9	–	–	–
Educación [‡]						
≤12 años, sin diploma	14.9	7.5	11.2	42.8	41.8	42.2
GED	26.0	17.5	21.6	50.1	48.3	49.7
Diploma de la preparatoria	15.6	8.0	12.1	27.6	28.0	27.6
Estudios universitarios (sin finalizar)	11.3	8.6	9.9	22.4	20.2	21.2
Grado universitario	6.3	4.8	5.3	7.4	6.9	7.2
Estado de pobreza [§]						
Pobres	16.7	11.0	13.4	41.9	34.9	37.9
Cercanos a la pobreza	14.2	6.6	10.4	35.1	30.8	32.7
No pobres	12.2	6.1	9.5	16.0	13.1	14.6
Estado respecto al seguro médico						
Sin cobertura	16.7	5.0	11.0	41.2	38.7	40.1
Con cobertura	12.5	8.3	10.4	17.8	16.5	17.1
Estado de inmigración [¶]						
Nacidos en EE. UU.	16.4	12.0	14.3	20.2	18.7	19.5
Nacidos en el extranjero	12.0	4.3	8.2	21.0	11.7	16.7
Consumo de alcohol[#]	67.4	46.1	56.6	74.8	68.9	71.7
Ligero	34.2	24.0	29.0	33.1	34.8	34.0
Moderado	17.2	3.3	10.2	25.6	11.5	18.3
Excesivo	4.3	1.6	2.9	6.5	6.4	6.5
Desenfrenado	30.2	13.4	21.8	36.1	25.0	30.4

GED=General Educational Development (Desarrollo educativo general) equivalencia a la escuela preparatoria. Los porcentajes estimados, excepto la prevalencia general del hábito de fumar, se ajustaron a la edad de la población estándar de Estados Unidos en 2000. Las personas de origen hispano/latino pueden ser de cualquier raza. *Alguna vez fumó 100 cigarrillos en toda la vida y fuma cada día o algunos días en el momento de la encuesta. †Con base en los datos combinados de la Encuesta Nacional de Entrevistas sobre Salud de 2013 y 2014. ‡Entre las personas de 25 años de edad o más. §Pobres: <99% del umbral de pobreza. Cercanos a la pobreza: 100% a ≤199% del umbral de pobreza. No son pobres: ≥200% del umbral de pobreza. ¶Nacidos en EE. UU., incluye los nacidos en un territorio de EE. UU. #Consumo actual: Más de 12 tragos en toda la vida y ≥1 trago el año pasado. Ligero: Más de 12 tragos en toda la vida y ≤3 tragos a la semana el año pasado. Moderado: Más de 12 tragos en toda la vida y 3 a 14 tragos a la semana el año pasado (hombres) o 3 a 7 tragos a la semana el año pasado (mujeres). Excesivo: Más de 12 tragos en toda la vida y >14 tragos a la semana el año pasado (hombres) o >7 tragos a la semana el año pasado (mujeres). Consumo desenfrenado: bebedor actual y ≥5 tragos (hombres) o ≥4 tragos (mujeres) en al menos un día el año pasado.

Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Encuesta Nacional de Entrevistas sobre Salud, 2013 y 2014. Archivo de datos de uso público. Consulte las fuentes de las estadísticas (página 33) para ver la cita completa.

American Cancer Society Inc., Investigaciones de Vigilancia, 2015

(*promotoras*), quienes están capacitadas para abordar las necesidades médicas y de salud de los miembros de la comunidad y pueden asistir a los fumadores hispanos que no cuentan con atención médica suficiente para que tengan acceso a servicios de cesación de uso de tabaco¹²⁹. Algunos de estos servicios están disponibles gratuitamente para todos los fumadores. Un sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de EE. UU. (smokefree.gov) ofrece asesoramiento e información en línea, que se puede descargar, sobre la cesación del uso del tabaco, y el servicio nacional para dejar de fumar (1-800-QUITNOW) proporciona servicios de asesoramiento gratuitos. Si desea información sobre las iniciativas de la Sociedad para abandonar el tabaco, visite cancer.org/healthy/stayawayfromtobacco/greatamerican-smokeout/index o llame al 1-800-227-2345.

Jóvenes

La prevalencia del hábito de fumar entre los estudiantes hispanos de la preparatoria alcanzó un máximo en la década de los noventa y disminuyó hasta 2003, pero desde entonces ha permanecido estable (figura 9, página 18)¹³⁰. En 2013, la prevalencia del hábito de fumar entre los hispanos fue menor que la de los blancos no hispanos (14% versus 19%, respectivamente) (tabla 7, página 18). En contraste a las tasas del hábito de fumar marcadamente menores en las mujeres hispanas adultas comparadas con los hombres, las tasas entre los adolescentes de ambos sexos fueron similares (tabla 7). Existe cierta evidencia de que la prevalencia del hábito de fumar entre los adolescentes hispanos nacidos fuera de EE. UU. aumenta conforme aumenta la duración de su residencia en este país, particularmente para las mujeres y también para los hombres mexicanos^{131, 132}. Aunque existen datos limitados sobre el uso de cigarrillos por los jóvenes entre los subgrupos hispanos, un estudio encontró una

Tabla 7. Uso del tabaco y consumo de alcohol (%) entre los estudiantes de preparatoria, EE. UU., 2013

	Hispanos			Blancos no hispanos		
	Chicos	Chicas	Total	Chicos	Chicas	Total
Uso de tabaco						
Fuma cigarrillos*	15.0	13.1	14.0	19.1	18.1	18.6
Fuma cigarrillos frecuentement†	3.4	2.4	2.9	7.6	7.7	7.6
Cualquier producto del tabaco‡	20.7	15.3	18.0	33.2	20.7	26.9
Consumo de alcohol						
Uso actual de alcohol§	35.2	39.7	37.5	36.9	35.7	36.3
Consumo desenfrenado de alcohol¶	22.7	22.6	22.6	25.3	21.1	23.2
Bebió antes de los 13 años de edad#	23.4	20.2	21.8	19.6	13.8	16.7

Las personas de origen hispano/latino pueden ser de cualquier raza. *Cigarrillos fumados en uno o más de los 30 días anteriores a la encuesta. †Cigarrillos fumados en 20 o más de los 30 días anteriores a la encuesta. ‡Fumó cigarrillos, puros o puros pequeños, o usó tabaco de mascar, rapé, o tabaco chupado en uno o más días del periodo de 30 días anterior a la encuesta. §Tomó uno o más tragos de alcohol en uno o más de los 30 días anteriores a la encuesta. ¶Tomó cinco o más tragos de alcohol consecutivos en el lapso de un par de horas en uno o más de los 30 días antes de la encuesta. #Otro que no sean unos pocos sorbos.

Fuente: Kann L, Kinchen S, Shanlin SL, et al. Youth Risk Behavior Surveillance – US, 2013. *MMWR Surveill Summ.* 2014;63(SS04):1-168.

prevalencia similar entre los subgrupos, excepto los jóvenes cubanos cuya prevalencia del hábito de fumar fue más alta¹³³. La prevalencia general del uso actual de cigarrillos electrónicos entre los estudiantes de la escuela preparatoria ha aumentado rápidamente, de 2% en 2011 a 13% en 2014¹³⁴. El uso de cigarrillos electrónicos entre los estudiantes hispanos de la escuela preparatoria fue similar al uso de los blancos no hispanos, y fue más del doble del uso de los negros no hispanos (15% versus 6%, respectivamente).

Prevención y control

El programa estatal integral de control y prevención del uso de tabaco de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) tiene como objetivos: a) prevenir el inicio del uso de tabaco entre

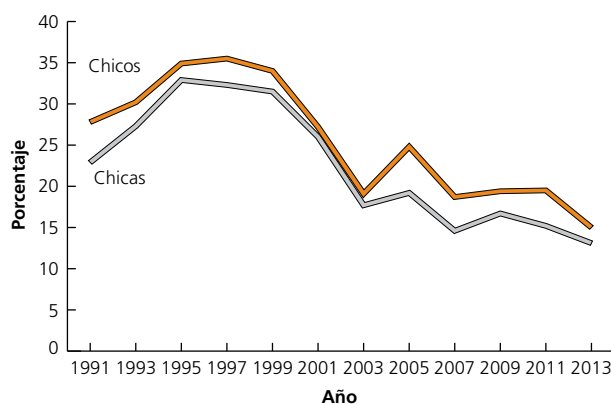
los jóvenes y adultos jóvenes, b) promover la cesación del uso del tabaco entre los jóvenes y los adultos, c) eliminar el humo de segunda mano, y d) identificar y eliminar las disparidades relacionadas con el uso del tabaco entre los grupos poblacionales¹³⁵. No obstante los beneficios documentados de la implementación de programas estatales integrales de control del tabaco, los gastos relacionados con la prevención aún están muy por debajo de los niveles recomendados por CDC¹³⁶. Cuarenta y tres estados y el Distrito de Columbia planearon gastar menos del 50% del nivel recomendado por CDC en programas de prevención de uso de tabaco en el año fiscal 2015^{135, 137}. También existe una variación substancial en la implementación de políticas de control de uso del tabaco entre los estados (p. ej., leyes contra el tabaco, impuestos por consumo, etc.); por ejemplo, el impuesto a los cigarrillos en Nevada es solo \$0.80, en comparación con \$4.35 en Nueva York. El aumento de los impuestos al tabaco puede ser particularmente eficaz entre los hispanos, quienes parecen ser más sensibles al precio que otros grupos poblacionales¹³⁸.

Otros esfuerzos de prevención y control incluyen iniciativas federales de control de uso del tabaco, como servicios clínicos de cesación y regulación de los productos del tabaco¹³⁹. Además, las estrategias contramarketing también pueden ser eficaces para neutralizar las estrategias de publicidad y promoción de la industria del tabaco dirigidas a los grupos hispanos^{138, 140, 141}.

Sobrepeso y obesidad

Además de evitar el uso del tabaco, el mantenimiento de un peso saludable y la realización de actividades físicas regulares son las estrategias más importantes para reducir el riesgo de cáncer y muchas otras enfermedades crónicas¹⁴². Las pautas de nutrición y de actividad física de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para prevenir el cáncer recomiendan lograr y mantener un peso saludable durante toda la vida, adoptar un estilo de vida físicamente activo, consumir una dieta saludable con énfasis en productos vegetales, y limitar el consumo de bebidas alcohólicas. Las recomendaciones conjuntas del Departamento de Salud y Servicios Humanos y el Departamento de Agricultura

Figura 9. Hábito de fumar actual*, estudiantes hispanos de la escuela preparatoria, 1991-2013



*Cigarrillos fumados en uno o más de los 30 días anteriores a la encuesta.

Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. 1991-2013 High School Youth Risk Behavior Survey Data. Disponibles en <http://nccd.cdc.gov/youthonline/>. Consultado el 11 de febrero de 2015.

de Estados Unidos (US Department of Agriculture, USDA) sobre la dieta para los estadounidenses son congruentes con las de la Sociedad¹⁴³. Visite choosemyplate.gov/multilanguage-spanish para ver y bajar las pautas del USDA en español.

El peso excesivo y la obesidad están asociados con un mayor riesgo de desarrollar muchos tipos de cáncer, incluidos los del seno (en mujeres menopáusicas), colorrectal, de endometrio, riñón y páncreas, así como adenocarcinoma del esófago²⁹. Además, probablemente la obesidad aumenta el riesgo de cáncer de vesícula biliar y puede aumentar el riesgo de cánceres de hígado, cuello uterino y ovarios; mieloma múltiple; linfoma no Hodgkin; y formas agresivas de cáncer de próstata^{29, 70}. Aunque es limitado el conocimiento que se tiene entre la pérdida de peso y el riesgo de cáncer, bajar de peso podría reducir el riesgo de cáncer de seno postmenopáusico y posiblemente el cáncer en otras áreas¹⁴⁴⁻¹⁴⁷.

Definición de índice de masa corporal

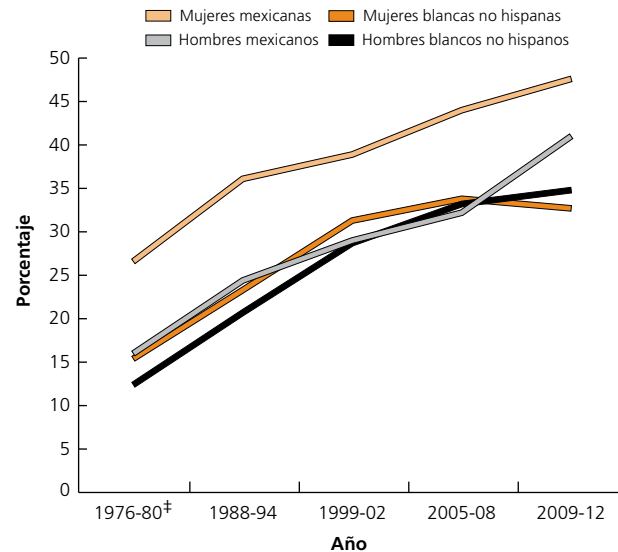
Para los adultos, esta barra lateral relaciona el índice de masa corporal (IMC) con libras y pulgadas. Por ejemplo, una mujer de 5 pies 4 pulgadas se considera con peso excesivo si pesa entre 145 y 173 libras, y se considera obesa si pesa 174 libras o más. Un hombre de 5 pies 10 pulgadas se considera que tiene sobrepeso si pesa entre 174 y 208 libras, y es obeso si pesa 209 libras o más.

Peso corporal (en libras)

Estatura (en pies y pulgadas)	Sobrepeso*	Obeso†	Extremadamente obeso‡
6'4"	205	246	328
6'3"	200	240	319
6'2"	194	233	311
6'1"	189	227	302
6'0"	184	221	294
5'11"	179	215	286
5'10"	174	209	278
5'9"	169	203	270
5'8"	164	197	262
5'7"	159	191	255
5'6"	155	186	247
5'5"	150	180	240
5'4"	145	174	232
5'3"	141	169	225
5'2"	136	164	218
5'1"	132	158	211
5'0"	128	153	204
4'11"	124	148	198
4'10"	119	143	191

Los pesos corporales mostrados se redondearon a la libra más próxima. *El peso excesivo se define como un IMC de 25 a 29.9 kg/m². †La obesidad se define como un IMC de 30 kg/m² o más. ‡La obesidad se define como un IMC de 40 kg/m² o más. NOTA: 1 kg = 2.2 libras; 1 pulgada = 0.0254 metros.

Figura 10. Tendencias de obesidad* entre adultos mexicanos y blancos no hispanos† de 20 a 74 años de edad, EE. UU., 1976-2012



Estos cálculos se ajustaron por edades a la población estándar de EE.UU. de 2000. * Índice de masa corporal de 30.0 kg/m² o más. †Las personas de origen hispano pueden ser de cualquier raza. Los cálculos de los datos de las razas blancas no hispanas a partir de 1999 pudieran no ser estrictamente comparables con los cálculos de años anteriores debido al cambio de las normas de datos federales sobre raza y grupo étnico. ‡Los datos sobre los mexicanos son de los años 1982-84.

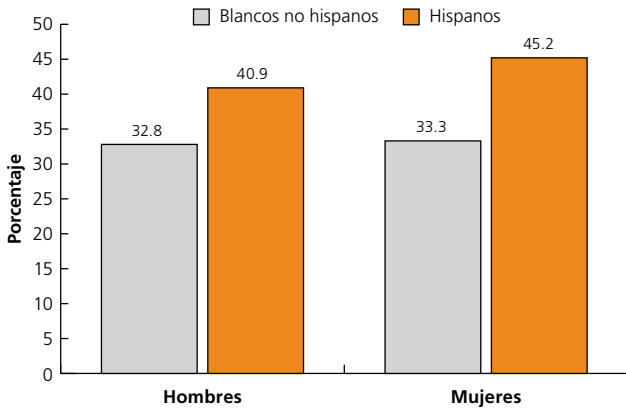
Fuente: Centro Nacional de Datos Estadísticos sobre Salud. Health, United States, 2013: With Special Feature on Prescription Drugs. Hyattsville, MD. 2014. Los datos completos sobre la tendencia están disponibles en: <<http://www.cdc.gov/nchs/hus/contents2013.htm#069>> Consultado el 20 de mayo de 2014.

Adultos

Las recomendaciones sobre el peso corporal con frecuencia se basan en una medida conocida como índice de masa corporal (IMC) (vea la barra lateral). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido los rangos de las categorías de IMC para los adultos de la siguiente manera: peso saludable, 18.5 a 24.9 kg/m²; peso excesivo, 25.0 a 29.9 kg/m²; y obesidad, 30.0 kg/m² o más. La Encuesta Nacional de Evaluación de Salud y Nutrición (National Health and Nutrition Examination Survey, NHANES) es la fuente de información preferida acerca de las tendencias de la obesidad en los EE. UU., ya que se mide y se pesa a los participantes en lugar de depender de los datos aportados por ellos. Históricamente, NHANES solo ha reportado datos de hispanos de ascendencia mexicana; los datos de todos los hispanos combinados estuvieron disponibles a partir de la encuesta de 2007-2008, pero aún no están disponibles para otros subgrupos hispanos aparte de los mexicanos.

La prevalencia de la obesidad en EE. UU. aumentó rápidamente en todas las razas y entre los mexicanos entre 1976 y 2003¹⁴⁸. Este aumento rápido en la obesidad se vincula a cambios en el entorno social, incluida la disponibilidad y promoción de alimentos altos en calorías y bajos en valor nutritivo, y a las menores oportunidades de participar en actividades físicas en el trabajo o en la escuela, durante los desplazamientos al trabajo, en la escuela o durante el tiempo de ocio^{142, 149}. Estos cambios han provocado un aumento en el consumo calórico y un descenso en el gasto energético de la población^{149, 150}.

Figura 11. Obesidad* en adultos hispanos† y blancos no hispanos de 20 a 74 años, EE. UU., 2011-2012



Estos cálculos se ajustaron por edades a la población estándar de EE.UU. de 2000. * Índice de masa corporal de 30.0 kg/m² o más. † Los hispanos incluyen a todos los hispanos, no solo a los mexicanos, y pueden ser de cualquier raza. Todas las personas hispanas se muestrearon excesivamente en la muestra de la Encuesta Nacional de Exámenes de Salud y Nutrición de 2011-12.

Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Encuesta Nacional de Evaluación de Salud y Nutrición, 2011-2012. Archivo de datos de uso público. Consulte las fuentes de las estadísticas (página 33) para ver la cita completa.

Aunque en la década pasada se estabilizaron las tasas de obesidad entre los blancos no hispanos, han continuado aumentando entre los mexicanos, especialmente en los hombres (figura 10, página 19)¹⁵¹. En 2011-2012, la prevalencia de obesidad entre los hispanos fue de 41% en los hombres y 45% en las mujeres, en comparación con 33% entre los hombres y las mujeres no hispanos (figura 11). La duración de la residencia en EE. UU. puede estar asociada con un aumento en el peso corporal¹².

Jóvenes

Los patrones dietéticos no saludables, la inactividad física y el aumento excesivo de peso que comienzan durante la infancia, con frecuencia continúan en la edad adulta, aumentando el riesgo de cáncer, diabetes, enfermedad cardiovascular, hipertensión y osteoporosis. Los niños que tienen peso excesivo tienen más probabilidades de seguir teniéndolo en la edad adulta; 70% de aquellos que tienen peso excesivo durante la adolescencia seguirán teniéndolo como adultos^{149, 152}.

Los valores de IMC entre los jóvenes se basan en una clasificación por percentiles de su peso y estatura según tablas de crecimiento específicas de la edad y del sexo de CDC¹⁵³. De acuerdo con las definiciones de CDC, la obesidad entre los niños se define como un IMC en el percentil 95 entre niños de la misma edad y del mismo sexo, y peso excesivo se define como un IMC entre el percentil 85 y el percentil 95¹⁵³.

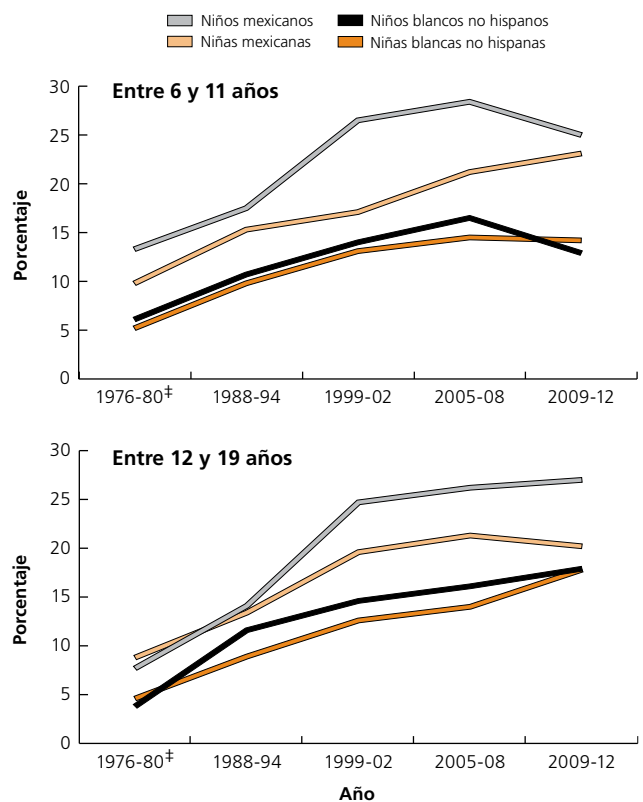
Desde finales de la década de los setenta, la prevalencia de obesidad se ha duplicado entre los niños mexicanos y los blancos no hispanos (de 6 a 11 años de edad) y se ha triplicado entre los adolescentes (de 12 a 19 años de edad) (figura 12). En 2011-2012, la prevalencia de la obesidad entre los niños hispanos era más del triple que entre los niños blancos no hispanos (29% versus 9%,

respectivamente) (figura 13). Sin embargo, entre las niñas de 6 a 11 años y los adolescentes de ambos sexos, las diferencias fueron menos pronunciadas.

Estrategias en la comunidad

El aumento drástico en los niveles de obesidad en EE. UU. en las décadas pasadas tiene implicaciones graves para la salud pública y la economía¹⁵⁴. En 2012 se estimó que el tratamiento de enfermedades relacionadas con la obesidad en EE. UU. cuesta \$190.2 miles de millones al año¹⁵⁵. Cada vez se acepta más que los múltiples aspectos de los entornos sociales en los que las personas viven, trabajan y juegan parecen estar relacionados con el peso excesivo y la obesidad^{142, 150, 156}. Aunque una alimentación saludable y la actividad física son factores de preferencia individual, la comida local (p. ej., el número de restaurantes de comida rápida en comparación con

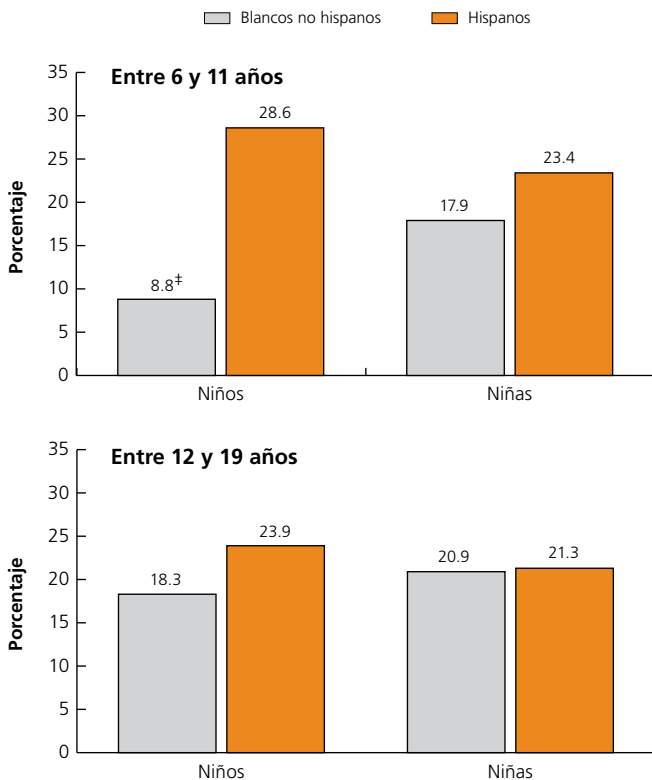
Figura 12. Tendencias de la obesidad* entre los niños mexicanos† y blancos no hispanos, 1976-2012



*Índice de masa corporal al punto de corte del percentil 95 o más con base en el índice de masa corporal específico del sexo por edad de 2000 de los Cuadros de Crecimiento de los CDC. † Las personas de origen hispano pueden ser de cualquier raza. Los cálculos de los datos de las razas blancas no hispanas a partir de 1999 pudieran no ser estrictamente comparables con los cálculos de años anteriores debido al cambio de las normas de datos federales sobre raza y grupo étnico. ‡ Los datos sobre los mexicanos son de los años 1982-84. NOTA: Entre 6 y 11 años: los cálculos de las niñas blancas no hispanas de 1988-94 no se consideran confiables; error estándar relativo entre 20 y 30%. Entre 12 y 19 años: los cálculos de las niñas mexicanas de 1988-94 no se consideran confiables; error estándar relativo entre 20 y 30%. Los cálculos no se ajustaron por edad.

Fuente: Centro Nacional de Datos Estadísticos sobre Salud. Health, United States, 2013: With Special Feature on Prescription Drugs. Hyattsville, MD. 2014. Los datos completos sobre la tendencia están disponibles en: <<http://www.cdc.gov/nchs/hus/contents2013.htm#070>> Consultado el 20 de mayo de 2014.

Figura 13. Obesidad* en niños blancos hispanos[†] y blancos no hispanos, EE. UU., 2011-2012



*Índice de masa corporal al punto de corte del percentil 95 o más con base en el Índice de masa corporal específico del sexo por edad de 2000 de los Cuadros de Crecimiento de los CDC.

[†]Los hispanos incluyen a todos los hispanos, no solo a los mexicanos, y pueden ser de cualquier raza.

[‡]El error estándar relativo es entre 30 y 40%.

NOTA: Los cálculos no se ajustaron por edad.

Fuente: Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. JAMA. 2014;311(8):806-814.

el de supermercados) y las características del medio ambiente (p. ej., accesibilidad a los parques, gimnasios y otras áreas recreativas) pueden influenciar la habilidad de adoptar un estilo de vida saludable^{149, 150, 156}. Por lo tanto, las pautas de nutrición y actividad física de la Sociedad Americana Contra El Cáncer incluyen recomendaciones de acciones comunitarias que enfatizan la necesidad de que las organizaciones públicas, privadas y comunitarias colaboren entre sí para facilitar y promover cambios en los entornos sociales y físicos que fomenten comportamientos saludables¹⁴². Específicamente, se requieren acciones a nivel de la comunidad para: (1) aumentar el acceso a comida saludable y de bajo costo en las escuelas, áreas de trabajo y comunidades; (2) reducir el acceso a comidas y bebidas de bajo valor nutritivo y su mercadotecnia, particularmente la dirigida a los jóvenes; (3) proporcionar ambientes seguros, placenteros y accesibles para realizar actividades físicas en las escuelas y áreas de trabajo, y transportación y recreación en las comunidades. En los vecindarios urbanos donde el espacio recreativo planeado es limitado, se requieren estrategias comunitarias innovadoras. Por ejemplo, una coalición de múltiples organizaciones en la comunidad hispana de Santa Ana, California, creó un parque de juegos móvil, proporcionando así un ambiente seguro para que los niños

sean activos físicamente en lugares que anteriormente no contaban con uno¹⁵⁷.

Alcohol

El consumo de alcohol es un factor de riesgo establecido de cánceres de boca, faringe, laringe, esófago, hígado, colorrectal y de seno femenino, y puede aumentar el riesgo de cáncer de páncreas^{29, 83, 158}. Combinado con el uso de tabaco, el consumo de alcohol aumenta el riesgo de cánceres de boca, laringe y esófago mucho más que el efecto independiente de beber o de fumar solamente²⁹. El cáncer de seno aumenta cuanto más alto es el consumo de alcohol, y los estudios sugieren un aumento modesto del riesgo hasta con unos pocos tragos a la semana¹⁵⁹.

Las pautas de nutrición y actividad física de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para la prevención y la reducción del riesgo de cáncer indican que las personas deben limitar el consumo de alcohol a no más de dos tragos al día para los hombres y no más de un trago al día para las mujeres¹⁴². El consumo de alcohol es una inquietud especial entre los hispanos debido a su alta tasa de cáncer de hígado.

Adultos

En 2014, la prevalencia de consumo de alcohol fue menor entre los hispanos (57%) que entre los blancos no hispanos (72%) (tabla 6, página 17). El consumo desenfrenado y el consumo excesivo de alcohol también es menor entre los hispanos. El menor consumo de alcohol entre las mujeres hispanas se puede explicar por las costumbres y las actitudes sociales de esta cultura¹⁶⁰⁻¹⁶². Los esfuerzos de promoción de la salud y prevención del cáncer entre los adultos hispanos deben alentar la observación de los consejos nutritivos relacionados con el consumo de alcohol^{163, 164}. Además, los resultados de las intervenciones por consumo excesivo de alcohol entre los pacientes hispanos son mejores si el proveedor de la intervención también es hispano¹⁶⁴.

Jóvenes

En 2013, la prevalencia de consumo de alcohol entre los estudiantes de la escuela preparatoria fue similar entre los hispanos (38%) y los blancos no hispanos (36%) (tabla 7, página 18). Sin embargo, la prevalencia del consumo de alcohol antes de los 13 años de edad fue mayor entre los jóvenes hispanos (22% versus 17%). Entre los jóvenes hispanos nacidos fuera de EE. UU., los hombres tienen mayores probabilidades que las mujeres de beber alcohol y de consumir alcohol desenfrenadamente¹⁶⁵. Sin embargo, las diferencias en el uso de alcohol por sexo se reducen en los jóvenes de segunda y tercera generación, que tienen muchas más probabilidades de beber alcohol y de consumir alcohol desenfrenadamente que sus contrapartes nacidos fuera de EE. UU. Los esfuerzos comunitarios para prevenir el consumo de alcohol entre los jóvenes incluyen la ejecución de las leyes sobre la edad a la que se permite beber, las campañas publicitarias, el aumento de los impuestos por consumo y la reducción de la exposición a la publicidad del alcohol^{166, 167}. Las estrategias de prevención exitosas para reducir el uso de alcohol entre los jóvenes hispanos enfatiza la importancia de la comunicación con los padres y las intervenciones de la familia¹⁶⁸⁻¹⁷⁰.

Agentes infecciosos

Los agentes infecciosos están asociados a varios tipos de cáncer, incluidos los de cuello uterino, orofaringe, hígado y estómago, así como a ciertos tipos de linfomas⁷¹. Por fortuna, hay oportunidades para prevenir y tratar muchas de estas infecciones.

Helicobacter pylori (*H. pylori*)

La infección crónica con *H. pylori* causa cáncer de estómago y linfoma gástrico^{171, 172}. *H. pylori* es una bacteria que crece en el estómago, y la infección continua causa inflamación y daño en el recubrimiento del estómago, que a su vez eventualmente puede causar cáncer¹⁷¹. Se piensa que la transmisión de *H. pylori* entre personas ocurre a través de las rutas fecal-oral y oral-oral y es facilitada por condiciones hacinadas de vida y una higiene relativamente pobre. Hay varias opciones de tratamiento de *H. pylori*, incluidos antibióticos y medicinas de costo relativamente bajo que eliminan eficazmente esta bacteria¹⁷³. Además, una revisión indicó evidencia limitada de la reducción de la incidencia y mortalidad de cáncer de estómago entre personas asiáticas con infección asintomática de *H. pylori* que fueron tratadas con antibióticos, en comparación con las que no recibieron tratamiento¹⁷⁴. Sin embargo, se necesitan más datos para establecer la utilidad de esta práctica en entornos más extensos.

En un estudio en la población de EE. UU. se determinó que la infección con *H. pylori* era aproximadamente tres veces más alta entre los mexicanos que entre los blancos no hispanos (64% versus 21%, respectivamente)¹⁷⁵. Entre los hispanos, las infecciones con *H. pylori* son más altas en aquellos que no nacieron en EE. UU.¹⁷⁶

Virus de la hepatitis B (VHB) y virus de la hepatitis C (VHC)

La infección con el VHB o el VHC se vuelve crónica cuando el sistema inmunitario no puede eliminar el virus después de la fase aguda inicial de la infección. La infección crónica con estos virus causa cirrosis y cáncer de hígado, y cada vez más se reconoce como un factor de riesgo de linfoma no Hodgkin¹⁷⁷⁻¹⁸⁰.

VHB: El VHB se transmite a través del contacto de la sangre o de las mucosas con sangre o fluidos corporales infecciosos (p. ej., semen o saliva). La mayoría (95%) de los adultos recientemente infectados eliminarán el virus dentro de seis meses de la infección, mientras que en la mayoría de los infantes infectados la infección se vuelve crónica¹⁸¹. La vacuna contra el VHB, disponible desde 1982, es la principal estrategia de prevención para reducir la prevalencia del virus^{182, 183}. Las personas que deben ser vacunadas incluyen los recién nacidos, los niños menores de 18 años de edad que no han sido vacunados, los adultos de alto riesgo (p. ej., trabajadores de salud), y los adultos no vacunados que padecen diabetes de tipo I o de tipo II. En 2014, 90.5% de los adolescentes hispanos había recibido al menos tres dosis de la vacuna contra el VHB, similar a la cobertura entre los blancos no hispanos (92.2%)¹⁸⁴.

Aunque es posible la transmisión de madre a hijo y las infecciones en entornos médicos debidas a pinchazos con aguja, estas rutas de transmisión son menos comunes en EE. UU.¹⁸¹ La mayoría de las infecciones nuevas con el VHB ocurren en adultos no vacunados que presentan comportamientos de riesgo, como uso

de drogas inyectables, hombres que tiene relaciones sexuales con otros hombres y personas con múltiples compañeros sexuales^{185, 186}. En EE. UU. aproximadamente 38,000 personas se infectan cada año, y entre 700,000 y 2.2 millones de personas en EE. UU. viven con una infección crónica del VHB^{182, 187, 188}. De acuerdo con los datos de NHANES de 1999-2008, la prevalencia de las infecciones crónicas entre los mexicanos fue menor que la de los blancos no hispanos (0.03% versus 0.11%, respectivamente).¹⁸³ Aunque la prevalencia de la infección crónica con el VHB en Latinoamérica en general es similar a la de EE. UU., la prevalencia regional es elevada en el Caribe, América del Sur tropical y la región de los Andes¹⁸⁹. Por consecuencia, la prevalencia de la infección crónica entre los inmigrantes a EE. UU. varía significativamente con el país de origen¹⁸⁸. CDC recomienda exámenes de detección de rutina de infecciones crónicas con el VHB entre los inmigrantes de países en los que la prevalencia de referencia de infecciones crónicas es de 2% o más¹⁸⁷.

VHC: A diferencia de la infección con el VHB, no existe una vacuna para proteger contra las infecciones con el VHC, que con frecuencia se vuelven crónicas independientemente de la edad a la que se adquiere la infección. La transmisión ocurre principalmente cuando se comparten agujas durante el uso de drogas inyectables, pero también puede ocurrir con lesiones por pinchazo de aguja en los entornos médicos, transmisión de madre a hijo durante el parto y contacto sexual con una pareja infectada (aunque esto es raro)¹⁹⁰. Las personas que recibieron sangre, productos sanguíneos u órganos donados antes de 1992, cuando comenzaron los exámenes de detección del VHC, también corren mayor riesgo de una infección con el VHC¹⁸¹. Las principales estrategias de prevención incluyen la educación de las personas no infectadas que corren alto riesgo de una infección sobre la prevención de la exposición y el asesoramiento de las personas infectadas sobre cómo evitar transmitir la infección a otras personas. En 2013, la Fuerza Operativa de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force) actualizó sus pautas, y recomienda que se haga un examen de detección a las personas de ambos sexos nacidas entre 1945 y 1965, y exámenes de detección periódicos a las personas con comportamientos de alto riesgo, como a los usuarios de drogas inyectables¹⁹¹. A las personas que obtengan resultados positivos de la prueba del VHC, se les recomienda que comiencen un tratamiento antiviral para reducir los efectos de la infección en la salud, incluido el cáncer de hígado.

Entre 2003 y 2010, se estimó que 2.7 millones de personas (que representan el 1% de la población de EE.UU) tenían una infección crónica con el VHC¹⁹². Un análisis de los datos de NHANES, mostró que los mexicanos y los blancos no hispanos nacidos entre 1945 y 1970 tenían una prevalencia similar de la infección con el VHC (2.7% versus 2.8%, respectivamente).¹⁹³ Aunque hay datos limitados sobre las infecciones crónicas por subgrupo de hispanos, en un estudio se encontró que los puertorriqueños que viven en EE. UU. continental tienen una prevalencia sustancialmente más alta de infecciones con el VHC que otros subgrupos hispanos; los suramericanos tuvieron la menor prevalencia¹⁹⁴. En la mayoría de las personas infectadas con el VHC la infección se vuelve crónica (75-85%), pero no experimentarán síntomas por muchos años, y no se enteran de la infección sino hasta que el hígado tiene daños significativos¹⁸¹. Aproximadamente 60-70% de las personas con infección crónica con el VHC desarrollarán enfermedades hepáticas, que

pueden provocar cáncer de hígado; el riesgo de enfermedades hepáticas es más alto entre las personas que consumen cantidades excesivas de alcohol y las personas coinfectadas con el VHB o con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)¹⁹⁵. Notablemente, hay más fallecimientos relacionados con el VHC entre los hispanos que entre los blancos no hispanos, probablemente debido al menor acceso a exámenes de detección y tratamiento de la infección¹⁹⁶.

Virus del papiloma humano (VPH)

El VPH es la infección de transmisión sexual más común en EE. UU., y aproximadamente 14 millones de personas se infectan anualmente¹⁹⁷. Aunque el sistema inmunitario resuelve la mayoría de las infecciones con el VPH y estas no causan cáncer, virtualmente todos los cánceres de cuello uterino son causados por una infección persistente con el VPH. En 2009-2010, la prevalencia estimada de infecciones cervicales con el virus del papiloma humano fue similar entre las mujeres mexicanas y las blancas no hispanas (40% versus 39%, respectivamente)¹⁹⁸. La infección persistente con el VPH también causa un 90% de todos los cánceres anales, más del 60% de ciertos tipos de cáncer orofaríngeo (particularmente cánceres de las amígdalas linguales y de las palatinas) y el 40% de los cánceres vaginal, vulvar y del pene¹⁹⁹. Hay más de 100 tipos de VPH, y al menos 12 de ellos causan cáncer¹⁷⁷. Los tipos 16 y 18 representan aproximadamente 70% de todos los casos de cáncer de cuello uterino en todo el mundo y casi todos los casos de otros cánceres relacionados con el VPH¹⁸¹. Sin embargo, entre las mujeres hispanas una proporción más alta de cánceres del cuello uterino son causados por tipos de VPH de alto riesgo que no son 16 o 18^{200, 201}.

La FDA ha aprobado tres vacunas para la prevención de cáncer de cuello uterino, todas las cuales protegen contra los tipos 16 y 18. Una vacuna (HPV2) solo proporciona protección contra estos dos tipos, mientras que una segunda vacuna protege contra cuatro tipos (HPV4) y la tercera contra nueve tipos (HPV9). Las vacunas HPV2 y HPV4 han demostrado cierto grado de protección adicional contra los tipos 31 y 45 del VPH de alto riesgo, ambos de los cuales son el blanco directo de la vacuna HPV9 que protege contra el 90% de los cánceres de cuello uterino²⁰². Las recomendaciones actualizadas sobre la vacunación contra el VPH se publicaron en marzo de 2015, y reflejan la aprobación de la vacuna HPV9 por la FDA en diciembre de 2014 (vea la barra lateral).

En 2007, la Sociedad Americana Contra El Cáncer publicó sus propias recomendaciones sobre el uso de la vacuna contra el VPH, que en general son congruentes con las del Comité Recomendatorio de Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), aunque actualmente la Sociedad no tiene recomendaciones sobre el uso de la vacuna contra el VPH entre los hombres²⁰³. Es importante recordar que la vacuna contra el VPH complementa, no sustituye, los exámenes de detección de cáncer de cuello uterino debido a que la vacuna no proporciona protección contra todos los tipos del VPH que causan cáncer. Por lo tanto todas las mujeres, hasta las que han sido vacunadas, deben continuar haciéndose exámenes de detección de cáncer de cuello uterino de acuerdo con las recomendaciones (vea la página 25)^{204, 205}.

Aunque el costo de la serie de vacunas contra el VPH de tres dosis es relativamente alto (aproximadamente \$130 por dosis), hay programas federales que ayudan a hacerlas más accesibles. La Ley de

Recomendaciones sobre la vacuna contra el VPH del Comité Recomendatorio de Prácticas de Inmunización*⁹⁵

Mujeres

Uso de HPV2, HPV4 o HPV9

- Edades de 11 y 12 años (pueden comenzar a los 9 años de edad): vacunación de rutina con 3 dosis
- Hasta los 26 años de edad: vacunación para aquellas mujeres que no hayan recibido la vacuna anteriormente o que no hayan completado la serie de tres dosis

Hombres

Uso de HPV4 o HPV9

- Edades de 11 y 12 años (pueden comenzar a los 9 años de edad): vacunación de rutina con 3 dosis
- De 13 a 21 años de edad: vacunación para aquellos hombres que no hayan recibido la vacuna o que no hayan completado la serie de tres dosis; los hombres de 22 a 26 años de edad también se pueden vacunar
- Hasta los 26 años de edad: vacunación para aquellos que tienen un sistema inmunitario debilitado (incluidos los que tienen infección con el VIH) y los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres

*El Comité Recomendatorio de Prácticas de Inmunización (ACIP) emitió las recomendaciones nacionales sobre el uso de vacunas en EE. UU., y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades las han publicado.

Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que Medicaid, así como todos los planes de seguro privados nuevos y renovados, cubran la vacuna contra el VPH sin costo compartido para todos los adultos y niños que tienen derecho a ella²⁰⁶. La vacuna contra el VPH también está disponible a través del programa federal Vacunas para Niños (Vaccines for Children, VFC), que cubre el costo de la vacuna para niños y adolescentes que no tienen seguro y para algunos niños y adolescentes que no tienen suficiente seguro o que tienen derecho a Medicaid.²⁰⁷ El programa VFC ha ayudado a reducir las disparidades en vacunación infantil entre hispanos y blancos no hispanos²⁰⁸.

El inicio y la terminación de la serie de vacunas contra el VPH siguen siendo más bajos que los de otras vacunas rutinariamente recomendadas en todos los grupos raciales y étnicos¹⁸⁴. Entre los jóvenes de 13 a 17 años de edad, en 2014 un 66% de las hispanas había iniciado la serie de vacunas, en comparación con el 56% de las blancas no hispanas; sin embargo, las tasas de terminación en ambos grupos fueron similares (73% versus 71%, respectivamente) (tabla 8, página 24). Entre los varones, 54% de los hispanos y 36% de los blancos no hispanos habían iniciado la serie de vacunas contra el VPH, con tasas de terminación similares (57% versus 58%, respectivamente).

Históricamente las jóvenes hispanas han tenido menores tasas de terminación de la serie de vacunas contra el VPH que las blancas no hispanas²⁰⁹. Actualmente se desconocen las razones del aumento en las tasas de terminación, pero pudieran estar relacionadas con iniciativas federales relacionadas con el proveedor^{184, 209}. Dentro de la población hispana, la recomendación de la vacuna contra el VPH por parte del proveedor desempeña un papel importante en

la aceptación de la vacuna por los jóvenes de ambos sexos^{210,211}. Por ejemplo, entre 2010 y 2012, los padres hispanos que recibieron la recomendación de un proveedor tuvieron una probabilidad ocho veces mayor de vacunar a sus hijos que los padres que no recibieron la recomendación de un proveedor²¹¹. Además de mejorar la concientización de proveedores y pacientes, las recomendaciones para el mejoramiento de las tasas de vacunación contra el VPH incluyen el aumento de lugares en donde se ofrece la vacuna, como más programas escolares de vacunación contra el VPH y permitir que la vacuna se administre en las farmacias²¹².

Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

La infección con el VIH debilita el sistema inmunitario, aumentando el riesgo de varios tipos de cáncer, como linfoma, sarcoma de Kaposi y cáncer de cuello uterino. Las personas con el VIH también corren el riesgo de una infección con otros agentes causantes de cáncer, como el VHC, el VHB, el VPH y el virus de Epstein-Barr, y por lo tanto tienen una mayor incidencia de cánceres de hígado, ano y orofaringe y de linfoma de Hodgkin.²¹³⁻²¹⁵ El VIH se transmite principalmente mediante el coito sexual y el uso de drogas inyectables, aunque son posibles otras rutas de infección. Los hispanos tienen una mayor incidencia del VIH y

Tabla 8. Aceptación (%) de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) entre adolescentes de 13 a 17 años de edad, EE. UU., 2014

	Hispanos		Blancos no hispanos	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
≥ 1 dosis	54.2	66.3	36.4	56.1
≥ 3 dosis	27.8	46.9	18.8	37.5
Terminación de la serie*	57.2	72.8	57.9	70.6

Las personas de origen hispano/latino pueden ser de cualquier raza.

*Porcentaje que completó la serie de vacunas de 3 dosis entre aquellos que recibieron al menos una dosis.

Fuente: Reagan-Steiner S, Yankey D, Jeyarajah J, et al. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2015; 64(29): 784-792. Tablas de datos completos disponibles en: cdc.gov/vaccines/imz-managers/coverage/nis/teen/data/tables-2014.html.
Accedido: 30 de julio de 2015

soportan una carga mayor por este virus en comparación con los blancos no hispanos; en 2013, la incidencia de nuevos casos de VIH fue casi tres veces mayor entre los hispanos que entre los blancos no hispanos²¹⁶. La mayoría de los casos de VIH entre los hispanos ocurre en los hombres, particularmente los que tienen relaciones sexuales con otros hombres²¹⁶.

Pruebas de detección del cáncer

Los exámenes de detección regulares pueden ayudar a detectar el cáncer en sus primeras etapas y mejorar el éxito del tratamiento de algunos tipos de cáncer²⁰⁴. Estos exámenes también pueden ayudar a prevenir el cáncer de cuello uterino y el cáncer colorrectal cuando se detectan y extirpan crecimientos que probablemente progresarán hasta convertirse en cáncer²⁰⁴. Las pautas de los exámenes de detección de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para la detección del cáncer en sus primeras etapas se encuentran en la página 25. Si desea más información sobre los exámenes de detección de cáncer además de la que se incluye en este capítulo, visite cancer.org/research/cancerfactsstatistics/index donde encontrará la última edición de *Cancer Prevention & Early Detection Facts & Figures (Datos y Estadísticas sobre la Prevención y la Detección Temprana de Cáncer)*.

Pruebas de detección del cáncer de cuello uterino

El uso regular de pruebas de Papanicolaou (Pap) y del VPH, seguidas de un tratamiento apropiado y oportuno, pueden ayudar a prevenir tanto la ocurrencia del cáncer de cuello uterino como el fallecimiento por su causa²⁰⁵. La Sociedad recomienda que las mujeres con riesgo medio deben de comenzar a hacerse exámenes de detección a los 21 años de edad, y continuar a intervalos regulares al menos hasta los 65 años. Las mujeres que corren un riesgo alto de cáncer de cuello uterino, como las que están infectadas con el VIH, han recibido trasplantes de órganos o están expuestas al medicamento dietilstilbestrol (DES), pueden requerir exámenes de detección con mayor frecuencia. Es importante darse cuenta que las mujeres que reciben la vacuna contra el VPH aún deben observar las pautas recomendadas sobre los exámenes de detección, porque las vacunas no protegen contra todos los tipos de VPH que causan cáncer.

Aunque históricamente ha sido menos probable que las mujeres hispanas participen en exámenes de detección de cáncer de cuello

uterino en comparación con las mujeres blancas no hispanas, en décadas recientes las tasas han mejorado²¹⁷⁻²¹⁹. En 2013, 77% de las mujeres hispanas estaban al corriente con sus exámenes de detección de cáncer de cuello uterino en comparación con 83% de las blancas no hispanas (tabla 9, página 26). Entre los subgrupos hispanos, la prevalencia de exámenes de detección varía de 73% en los cubanos a 83% en los puertorriqueños que viven en EE. UU. continental. La prevalencia de pruebas de Papanicolaou entre las mujeres hispanas sin seguro es más alta que entre las mujeres blancas no hispanas sin seguro; la evidencia sugiere que los grupos minoritarios de menores ingresos pueden ser más adeptos a acceder programas de protección y subsidiados que los blancos no hispanos²²⁰.

Exámenes de detección de cáncer de seno

La mamografía es un procedimiento con dosis bajas de rayos X a través del que se puede detectar el cáncer de seno en una etapa en la que el tratamiento puede ser más eficaz. Las recientemente actualizadas pautas sobre los exámenes de detección de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para las mujeres de riesgo medio recomiendan que las mujeres de 40 a 44 años de edad tengan la opción de someterse a una mamografía anual; que las de 45 a 54 años se hagan una mamografía anual; y que las de 55 años de edad y más se hagan una mamografía cada uno o dos años, continuando por tanto tiempo como su salud en general sea buena y su esperanza de vida sea de 10 años o más²²¹. La prevalencia de mamografías entre las mujeres hispanas sigue siendo menor que entre las blancas no hispanas, aunque la diferencia es menor²²². En 2013, 64% de las mujeres hispanas de 45 años y más se habían hecho un mamograma en los últimos dos años en comparación con el 69% de las blancas no hispanas (tabla 9, página 26). Entre los subgrupos hispanos, las mujeres cubanas fueron las que tuvieron menores probabilidades de hacerse un mamograma en los

Recomendaciones de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para la detección temprana del cáncer en personas asintomáticas de riesgo medio*

Área del cáncer	Población	Prueba o procedimiento	Recomendación
Seno	Mujeres entre 40 y 54 años	Mamografía	A partir de los 45 años de edad las mujeres se deben hacer mamografías de detección de manera regular. Las mujeres de 45 a 54 años se deben hacer exámenes de detección cada año. Las mujeres deben tener la oportunidad de comenzar a hacerse exámenes de detección anuales entre las edades de 40 y 44 años.
	Mujeres mayores de 55 años		Transición a exámenes de detección bianuales, o tener la oportunidad de continuar con los exámenes de detección anuales, continuando por tanto tiempo como tengan una salud general buena y su esperanza de vida sea mayor de 10 años.
Cuello uterino	Mujeres entre 21 y 29 años	Prueba de Papanicolaou	Los exámenes de detección se deben hacer cada 3 años con pruebas de Papanicolaou convencionales o a base de líquido.
	Mujeres entre 30 y 65 años	Prueba de Papanicolaou y prueba de ADN del VPH	Los exámenes de detección se deben hacer cada 5 años con la prueba del VPH y la prueba de Papanicolaou (preferida), o cada 3 años solo con la prueba de Papanicolaou (aceptable).
	Mujeres mayores de 66 años	Prueba de Papanicolaou y prueba de ADN del VPH	Las mujeres mayores de 66 años de edad que hayan obtenido ≥ 3 resultados negativos consecutivos en las pruebas de Papanicolaou o ≥ 2 resultados negativos consecutivos en las pruebas del VPH y de Papanicolaou en los últimos 10 años, siendo la prueba más reciente en los últimos 5 años deben dejar de hacerse exámenes de detección de cáncer de cuello uterino.
	Las mujeres que se hayan sometido a una histerectomía total		Deben dejarse de hacer exámenes de detección de cáncer de cuello uterino.
Colorrectal[†]	Hombres y mujeres, más de 50 años de edad	Prueba de sangre oculta en heces con guaiaco (Guaiac-based Fecal occult blood test, gFOBT) con al menos 50% de sensibilidad, o prueba inmunológica fecal (fecal immunochemical test, FIT) con al menos 50% de sensibilidad, O	Pruebas anuales en muestras de heces espontáneas. No se recomienda la prueba de heces sola en una visita al consultorio médico, ni las pruebas de "tirar en el escusado". En comparación con las pruebas con guaiaco para la detección de sangre oculta en heces, las pruebas inmunológicas son más fáciles para el paciente y probablemente tengan las mismas sensibilidad y especificidad o mejores. No se justifica repetir una prueba FOBT en respuesta a un resultado positivo inicial.
		Exámenes de ADN en heces, O	Cada 3 años
		Sigmoidoscopia flexible (FSIG), O	Cada 5 años por sí sola, o se puede considerar combinar la FSIG realizada cada 5 años con una gFOBT o FIT de alta sensibilidad realizada cada año.
		Enema de bario con doble contraste, O	Cada 5 años
		Colonoscopia, O	Cada 10 años
Colonografía por TC	Cada 5 años		
Endometrial	Mujeres en la menopausia		Se debe informar a las mujeres sobre los síntomas de cáncer endometrial y se les debe alentar para que informen a un médico cualquier sangrado inesperado.
Pulmón	Los fumadores y los ex fumadores entre 55 y 74 años de edad en buena salud con antecedentes de fumar más que el equivalente de un paquete diario por 30 años	TC helicoidal de dosis baja (LDCT)	Los médicos que tengan acceso a centros de exámenes de detección de cáncer de pulmón, de alto volumen y alta calidad, deben iniciar una conversación sobre los exámenes de detección de cáncer de pulmón anuales con sus pacientes aparentemente sanos de 55 a 74 años de edad que tengan antecedentes de haber fumado al menos el equivalente de un paquete diario por 30 años, y que fumen actualmente o que hayan dejado de fumar en los últimos 15 años. Debe realizarse un proceso de decisiones fundamentadas y compartidas con un médico en relación con los beneficios, las limitaciones y los perjuicios potenciales asociados con los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT, antes de que se tome cualquier decisión para iniciar este tipo de exámenes. El asesoramiento para dejar de fumar sigue siendo una alta prioridad de atención clínica en las conversaciones con los fumadores, a quienes se les debe informar el riesgo continuo que tienen de desarrollar cáncer de pulmón. Los exámenes de detección no se deben ver como una alternativa a dejar de fumar.
Próstata	Hombres, más de 50 años	Prueba del antígeno prostático específico (Prostate-specific antigen, PSA) con o sin examen digital del recto (digital rectal exam, DRE)	Los hombres con una esperanza de vida de al menos 10 años deben tener la oportunidad de tomar una decisión fundamentada junto con su proveedor médico sobre si deben hacerse el examen de detección de cáncer de próstata, después de recibir información sobre las incertidumbres, riesgos y beneficios posibles asociados con estos exámenes. No se deben hacer exámenes de detección de cáncer de próstata sin un proceso de toma de decisiones fundamentadas.

TC = Tomografía computarizada. *Todas las personas deben familiarizarse con los beneficios, limitaciones y perjuicios potenciales asociados con los exámenes de detección de cáncer. †Todas las pruebas que den resultados positivos (excepto colonoscopias) se deben proseguir con una colonoscopia.

Tabla 9. Uso de pruebas de detección del cáncer (%), adultos, EE. UU., 2013

	Hispanos		Subgrupos de origen hispano					Blancos no hispanos	
	Todos	No tiene seguro	Mexicanos	Puertorriqueños	Cubanos	Centro/sud-americanos	Dominicanos	Todos	No tiene seguro
Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino (mujeres de 21 a 65 años)*									
Prueba de Papanicolaou en los últimos tres años	77.1	64.1	76.9	82.7	73.3	75.6	80.4	82.8	57.3
Exámenes de detección de cáncer de seno (mujeres de 45 años en adelante)									
Mamograma en los últimos dos años	64.3	40.3	64.7	66.5	51.5	68.0	65.1	68.9	39.8
Exámenes de detección de cáncer colorrectal (50 años en adelante)†									
Total	44.9	11.0	44.6	56.8	38.6	40.5	38.6	60.5	29.8
Hombres	42.0	11.3	43.4	49.7	34.7	37.3	‡	60.4	21.3
Mujeres	47.6	10.7	46.3	63.2	43.3	43.2	44.2	60.8	36.6

Estos estimados de porcentaje se ajustaron por edades a la población estándar de EE. UU. en 2000. Las personas de origen hispano/latino pueden ser de cualquier raza. *Entre las mujeres con útero intacto.

†Prueba de sangre oculta en heces (FOBT) durante el año anterior, una sigmoidoscopia en los últimos cinco años o una colonoscopia en los últimos 10 años. ‡No se hizo un estimado debido a la inestabilidad.

Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Encuesta Nacional de Entrevistas sobre Salud, 2013. Archivo de datos de uso público. Consulte las fuentes de las estadísticas (página 33) para ver la cita completa.

últimos dos años. Estas variaciones en la prevalencia de exámenes de detección pueden estar relacionadas con diferencias en el acceso a la atención médica²²³. Se piensa que la menor frecuencia de mamogramas y los intervalos más prolongados entre ellas, al igual que la carencia de un seguimiento oportuno después de un mamograma anormal, contribuyen a un porcentaje más alto de cánceres de seno en etapa avanzada detectado entre las hispanas en comparación con las blancas no hispanas (figura 5, página 7)^{44,224}.

Detección del cáncer colorrectal

La Sociedad Americana Contra El Cáncer recomienda varias opciones de exámenes de detección de cáncer colorrectal, comenzando a la edad de 50 años para las personas con riesgo medio (vea la página 25)²⁰⁴. Los exámenes estructurales, que detectan tanto cáncer como lesiones precancerosas, incluyen sigmoidoscopia flexible, colonoscopia, colonografía por tomografía computarizada (TC) y enema de bario de doble contraste²²⁵. Las pruebas menos invasivas que usualmente solo detectan cáncer son los kits de pruebas en heces para el hogar, que incluyen la prueba de sangre oculta en heces con guayaco (guaiac-based fecal occult blood test, gFOBT), la prueba inmunológica en heces (fecal immunochemical test, FIT) y la recientemente aprobada prueba de ADN de múltiples objetivos (multi-target sDNA). En 2013, los hispanos de 50 años y más de edad tuvieron menos probabilidades de haberse sometido recientemente a una prueba de detección del cáncer colorrectal (45%) que los blancos no hispanos (61%) (tabla 9). La diferencia en la prevalencia de exámenes de detección se debe principalmente al menor uso de las colonoscopías entre los hispanos, ya que el uso de la prueba gFOBT es similar^{226,227}. La aceptación de las pruebas de detección entre los hispanos varía por país de origen, y es especialmente baja entre los hispanos de 50 años de edad y más que no tienen seguro, entre los cuales solo un 11% notificó haberse hecho una prueba.

En 1991 la Sociedad, junto con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y muchas otras organizaciones, fundaron la Mesa Redonda Nacional contra el Cáncer Colorrec-

tal (National Colorectal Cancer Roundtable, NCCRT), que es una coalición de organizaciones públicas, privadas y sin fines de lucro y expertos, dedicados a reducir la incidencia y mortalidad del cáncer colorrectal en EE. UU.²²⁸ En 2014, la NCCRT lanzó la iniciativa 80% by 2018, cuyo objetivo es aumentar la prevalencia de exámenes de detección de cáncer colorrectal al 80% para el año de 2018 entre los adultos de 50 años de edad y más. Los miembros de la NCCRT también quieren reducir las disparidades en la utilización de los exámenes de detección y el acceso a la atención.

Pruebas de detección del cáncer de próstata

La evidencia sobre el valor de las pruebas de detección temprana de cáncer de próstata es insuficiente para recomendar o no recomendar el examen digital del recto (digital rectal examination, DRE) o la prueba del antígeno prostático específico (prostate-specific antigen, PSA) a los hombres de riesgo medio²⁰⁴. Los resultados de estudios clínicos publicados son conflictivos respecto a los beneficios del examen del PSA en la reducción de los fallecimientos por cáncer de próstata²¹⁸. Las pautas de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para la detección temprana del cáncer de próstata promueven decisiones fundadas en los hombres de 50 años de edad o más que tienen una esperanza de vida de al menos 10 años. De acuerdo con las pautas, los hombres deben tener una oportunidad de tomar una decisión junto con su proveedor de atención primaria sobre si someterse a un examen de detección de cáncer de próstata después de recibir información sobre las incertidumbres, los riesgos y los beneficios potenciales asociados con la prueba PSA (vea la página 25).²¹⁸

Examen de detección de cáncer de pulmón

Los estudios clínicos de asignación aleatoria de gran tamaño entre fumadores y ex fumadores de cantidades excesivas de tabaco han mostrado una reducción del 20% en los fallecimientos por cáncer de pulmón entre aquellos que se sometieron a pruebas de detección de este tipo de cáncer con tomografía computarizada helicoidal de

baja dosis (low-dose spiral computed tomography, LDCT)^{68, 229}. La Sociedad Americana Contra El Cáncer recomienda que los médicos que tengan acceso a centros de detección y tratamiento de cáncer de pulmón, de alta calidad, deben iniciar una conversación sobre los exámenes de detección de cáncer de pulmón con pacientes aparentemente saludables de 55 a 74 años de edad que tengan un historial de fumar al menos el equivalente de un paquete diario por 30 años y que actualmente fumen o que hayan dejado de fumar en los últimos 15 años (vea la página 25)²³⁰. Se debe informar a los pacientes de los posibles beneficios, limitaciones y daños asociados con los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT antes de tomar la decisión de someterse a uno de ellos. En el caso de las personas que todavía fuman, la conversación también debe incluir información sobre los riesgos a la salud asociados a la continuación del hábito de fumar. En 2010, había poca diferencia respecto a los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT entre los fumadores y los exfumadores de alto riesgo hispanos y los blancos no hispanos²³¹.

Estrategias para mejorar la participación en pruebas de detección del cáncer

Los obstáculos a la atención médica, como la carencia de seguro médico o de una fuente usual de atención, que experimentan muchos hombres y mujeres hispanos en EE. UU. se reflejan en el menor uso de servicios preventivos, como los exámenes de detección de cáncer^{223, 232, 233}. Para mejorar el acceso a los exámenes de detección de cáncer de seno y de cáncer de cuello uterino de las poblaciones con servicios insuficientes, el Programa Nacional de Detección Temprana de los Cánceres de Seno y de Cuello Uterino (National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program, NBCCEDP) de los CDC proporciona a las mujeres de bajos ingresos sin seguro o con seguro insuficiente acceso a exámenes de detección oportunos y de alta calidad para la detección temprana de

cánceres de seno y de cuello uterino y servicios de diagnóstico. El NBCCEDP ha dado servicio a más de 4.7 millones de mujeres desde que comenzó en 1991; durante 2009-2013, un 27% y un 24% de las mujeres que se sometieron a exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y de cáncer de seno, respectivamente, eran hispanas^{234, 235}. Además, en 2009 los CDC iniciaron el Programa de Control de Cáncer Colorrectal (Colorectal Cancer Control Program), que otorgó subvenciones (por un total de aproximadamente \$27 millones) a 25 estados y cuatro organizaciones tribales por un periodo de 5 años para aumentar los exámenes de detección de cáncer colorrectal en la población entre las personas de 50 años de edad y más y reducir las disparidades relacionadas con estos exámenes entre aquellos que no tienen seguro o que tienen seguro insuficiente.

En la mayoría de los estudios, el estado educativo generalmente menor entre los hispanos se ha asociado con una menor utilización de los exámenes de detección de cáncer; la menor educación puede dar como resultado menos conocimientos o concientización sobre las causas del cáncer y las prácticas de detección. Adicionalmente, el fatalismo y el temor también actúan como obstáculos para los exámenes de detección de cáncer²³⁶. Se necesitan estrategias de comunicación eficaces para eliminar esta carencia de conocimientos. Los estudios han mostrado que la presencia de apoyo social y los esfuerzos de extensión culturalmente apropiados pueden mejorar la aceptación de los exámenes de detección²³⁷⁻²³⁹. Los programas locales de extensión, las intervenciones adaptadas culturalmente realizadas por promotores de salud no especializados hispanos y el aliento al médico para que promueva los beneficios de la detección del cáncer en sus primeras etapas también son estrategias eficaces para mejorar las tasas de exámenes de detección entre los hispanos²⁴⁰. El siguiente capítulo contiene más información sobre los factores socioeconómicos y culturales que afectan los comportamientos relacionados con los exámenes de detección.

Factores que influyen en la salud: Estado socioeconómico y valores y creencias culturales

Factores económicos, sociales y culturales influyen en la incidencia y supervivencia del cáncer. La situación socioeconómica, determinada por los ingresos y el nivel educativo de la persona, es el factor más importante que afecta tanto la salud como la longevidad. Influye en el predominio de los factores de riesgo subyacentes del cáncer, el acceso al seguro médico, a la atención preventiva, a la detección temprana y al tratamiento. Factores culturales tales como el idioma, las creencias, valores y tradiciones pueden asimismo influir en las conductas, creencias relativas a enfermedades y enfoques de la atención médica. Otros factores, incluso el medio ambiente, factores genéticos, estado de salud pasado y presente y factores psicológicos también influyen considerablemente en la carga que el cáncer impone en la población hispana.

Características socioeconómicas

En Estados Unidos, en comparación con los blancos no hispanos, los hispanos tienen menores niveles de logros educativos, más probabilidades de vivir en la pobreza (tabla 10, página 28), y menos probabilidades de tener seguro médico (tabla 11,

página 29). En 2013, 35% de los hispanos adultos no tenían un diploma de la escuela preparatoria o equivalente, y 25% de todos los hispanos vivían en la pobreza, en comparación con el 8% y el 11%, respectivamente, entre los blancos no hispanos. Sin embargo, también hay diferencias socioeconómicas significativas dentro de la comunidad hispana según el país de origen. Por ejemplo, los dominicanos tienen aproximadamente el doble de probabilidades que los suramericanos de vivir en la pobreza (28% versus 15%, respectivamente) y de no tener diploma de la escuela preparatoria (32% versus 15%, respectivamente).

Acceso a la atención médica

El acceso a la atención médica influye en el uso de los servicios preventivos (p. ej., inmunizaciones y exámenes de detección de cáncer), así como en el recibo de tratamiento de cáncer⁵⁰. Muchos hispanos se enfrentan a obstáculos financieros, estructurales y personales para recibir atención médica²⁴¹. Los obstáculos financieros incluyen seguro médico inadecuado, bajos ingresos personales y altas tasas de pobreza (tabla 11, página 29). Los obstáculos estructurales

incluyen pobre acceso geográfico y falta de transportación a los proveedores²⁴². Los obstáculos personales para recibir atención incluyen factores culturales y lingüísticos, así como discriminación y prejuicio de los proveedores²⁴³⁻²⁴⁶. En EE. UU., el acceso a la atención médica está estrechamente relacionado con la cobertura del seguro. Los hispanos son los que tienen menos probabilidades de tener seguro médico entre todos los grupos raciales o étnicos; entre los hispanos de 18 a 64 años de edad, 37% no tiene seguro, en comparación con el 13% de los blancos no hispanos (tabla 11, página 29)²⁴⁷. Dentro de la población hispana, las tasas más altas de carencia de seguro son las de los mexicanos y de aquellos que nacieron fuera de EE. UU. Los hispanos en general tienen también el doble de probabilidades de no tener una fuente de atención usual que los blancos no hispanos.

Muchos factores subyacentes se relacionan con la carencia de cobertura médica y no tener una fuente de atención usual. Por ejemplo, los hispanos tienen muchas más probabilidades que los blancos de trabajar en agricultura, construcción, servicios domésticos y de alimentos y otras ocupaciones de salario bajo, que tienen menos probabilidades de ofrecer beneficios de seguro médico de empleadores²⁴⁸. Los obstáculos a la atención médica son particularmente prevalentes entre los trabajadores migrantes hispanos²⁴⁹.

La eliminación de disparidades en el acceso a la atención médica es una tarea intimidante para las políticas de atención médica en EE. UU. La aprobación de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) en 2010 ofrece algunas probabilidades actuales y futuras de mitigar la carga financiera de los servicios preventivos y de reducir substancialmente el número de hispanos sin seguro, particularmente entre aquellos con estado socioeconómico más bajo. Los resultados iniciales de las primeras inscripciones en virtud de la ACA fueron prometedores; el porcentaje de hispanos en edad laboral que no tenían seguro en Estados Unidos se redujo un 36% entre septiembre de 2013 y junio de 2014; en los estados que ampliaron Medicaid, el porcentaje se redujo más del 50%²⁵⁰.

Sin embargo, todavía hay varios retos para expandir los beneficios incluidos en las disposiciones de la ACA a todos los hispanos sin seguro. Algunos estados con poblaciones hispanas de gran tamaño, como Texas y Florida, hasta ahora han decidido no expandir la cobertura

de Medicaid. Además, los obstáculos lingüísticos pueden evitar que un número substancial de hispanos se inscriban; después del primer periodo de inscripciones, 30% de los hispanos de habla hispana seguían sin seguro, en comparación con 19% entre aquellos que hablaban principalmente inglés. También es importante notar que las inscripciones no están abiertas para los inmigrantes indocumentados, que representan aproximadamente un 4% de la población de EE. UU. y que son predominantemente hispanos²⁵¹. Como los inmigrantes indocumentados con frecuencia no pueden obtener empleos con seguro médico de los empleadores, las disparidades en el acceso a la atención médica en este grupo sigue siendo una inquietud^{252, 253}.

Visite healthcare.gov/ para ver más información sobre las opciones de seguro médico disponibles a través de las disposiciones de la ACA. Visite cuidadodesalud.gov/es/ para ver la versión en español de esta información.

Valores y creencias culturales

La competencia cultural es un elemento importante para proporcionar atención médica y servicios preventivos de alta calidad a poblaciones diversas²⁵⁴. La competencia cultural es un conjunto de actitudes, destrezas, comportamientos y políticas que permiten que las organizaciones y su personal trabajen efectivamente en situaciones multiculturales²⁴⁶. La competencia cultural refleja la habilidad de adquirir y usar el conocimiento de las creencias, actitudes, prácticas y patrones de comunicación referentes a la salud de los pacientes y su familia para mejorar los servicios, fortalecer los programas, aumentar la participación de la comunidad y eliminar las diferencias en el estado de salud entre diversos grupos de población. También incluye conocimientos específicos de la población, incluidos valores culturales, prevalencia de enfermedades y eficacia del tratamiento²⁵⁵.

El crecimiento en aumento de las comunidades étnicamente diversas, cada una de ellas con sus propios rasgos culturales y perfiles de salud, presenta retos para los sistemas de suministro de atención médica y para los profesionales individuales. Muchos expertos han sugerido que la competencia cultural entre proveedores de atención primaria

Tabla 10. Características socioeconómicas (%) por raza/grupo étnico y origen hispano, EE. UU., 2013

	Hispanos		Subgrupos de origen hispano					Blancos no hispanos
	Todos	Mexicanos	Puertorriqueños	Cubanos	Centroamericanos	Suramericanos	Dominiicanos	Todos
Nacidos en el extranjero	35.2	33.3	1.5	56.6	60.3	62.4	54.5	3.9
Ingresos por debajo del nivel federal de pobreza	24.8	26.2	26.2	20.0	23.3	14.9	28.3	11.1
Habla inglés menos de "muy bien"*	32.3	32.3	17.4	39.6	48.7	36.3	42.2	1.6
Menos de un diploma de la escuela preparatoria, adultos ≥25 años	35.3	40.9	22.6	21.0	44.9	14.9	31.6	8.3

*Entre las personas de ≥5 años de edad que indicaron que en el hogar se hablaba un idioma diferente al inglés. Se pidió a las personas que respondieron que calificaran su habilidad para hablar inglés como "absolutamente no bien", "no bien", "bien" o "muy bien".

Fuentes: Nacidos fuera de EE. UU.: U.S. Census Bureau, American FactFinder, disponible en factfinder.census.gov/faces/tableservices/jsf/páginas/index.xhtml. Con base en los datos de Estimados de 1 año de la comunidad estadounidense para Estados Unidos de 2013 incluido Puerto Rico. Todas las demás características: Dominguez K, Penman-Aguilar A, Chang M-H, et al. Vital Signs: Leading Causes of Death, Prevalence of Diseases and Risk Factors, and Use of Health Services among Hispanics in the United States – 2009-2013. *MMWR Morb Mort Wkly Rep.* 2015; 64(Early Release):1-10.

Tabla 11. Características de acceso a la atención médica (%) por raza/grupo étnico y origen hispano, EE. UU., 2013-2014

	Hispanos		Subgrupos de origen hispano				Blancos no hispanos
	Todos	Mexicanos	Puertorriqueños	Cubanos	Centro/sudamericanos	Dominicanos	Todos
Sin cobertura médica							
Por edad:							
<18 años	10.8	11.9	4.8	*	11.1	8.5	4.4
18-64 años	36.9	40.0	18.2	29.6	41.3	30.6	13.2
Más de 65 años	4.9	5.9	†	*	11.6	*	0.3
Por nacimiento, adultos mayores de 18 años:							
Nacidos en EE. UU.	16.9	18.2	14.6	12.9	14.0	18.5	10.8
Nacidos en el extranjero	43.6	47.7	*	29.7	40.5	26.8	14.5
No tienen una fuente de atención médica regular, adultos de 18 a 64 años de edad							
Total	27.8	29.0	20.2	26.9	29.0	24.4	16.0
Hombres	34.0	36.0	24.3	27.8	33.9	31.6	20.2
Mujeres	21.3	21.9	16.0	25.4	23.6	16.1	12.0

Todos los estimados sobre acceso a la atención médica, excepto para el rango etario de 0 a 17 años, fueron ajustados por edades a la población estándar de EE. UU. de 2000. *No se hizo un estimado debido a la inestabilidad. †No se pudo calcular el error estándar relativo.

Fuentes: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Encuesta Nacional de Entrevistas sobre Salud, 2013 y 2014. Archivo de datos de uso público. Consulte las fuentes de las estadísticas (página 33) para ver la cita completa.

desempeña un papel importante en la eliminación de las diferencias en la atención médica entre grupos raciales y étnicos²⁴⁶. Numerosas organizaciones han desarrollado recursos de competencia cultural para asistir a los proveedores médicos y a los profesionales de salud pública. Dos ejemplos disponibles en línea son:

- Visite hispanichealth.arizona.edu/primer%20for%20cultural%20proficiency%20nahh.pdf para ver *A primer for cultural*

proficiency: Towards quality health services for Hispanics (Una guía de competencia cultural: hacia servicios médicos de calidad para los hispanos), disponible en línea gracias a Arizona Hispanic Center of Excellence.

- Visite minorityhealth.hhs.gov/omh/content.aspx?id=6515&lvl=2&lvlid=16 para ver el ejemplo de la Oficina de Salud de Grupos Minoritarios de EE. UU.

Cómo la Sociedad Americana Contra El Cáncer ayuda a reducir las disparidades del cáncer

La Sociedad Americana Contra El Cáncer salva vidas ayudando a las personas a seguir bien y a recuperarse, encontrar curas y luchar contra el cáncer. En esta sección se proporcionan información y los aspectos más destacados de estos esfuerzos.

Ayudamos a las personas a seguir bien y a recuperarse

La Sociedad Americana Contra El Cáncer ayuda a las personas dondequiera que estén a seguir bien previniendo el cáncer o detectándolo en sus etapas tempranas, cuando es más tratable. Si reciben un diagnóstico de cáncer, la Sociedad les proporciona la información más actualizada, ayuda cotidiana y apoyo emocional para orientarlos en cada paso de su experiencia y ayudarles a recuperarse.

Información sobre el cáncer

La Sociedad Americana Contra El Cáncer proporciona información actualizada y precisa durante todo el espectro del cáncer, desde la prevención hasta la supervivencia y apoyo al final de la vida, en español y en inglés 24 horas al día, siete días a la semana en línea en cancer.org y por teléfono al 1-800-227-2345.

La Sociedad desarrolla numerosos materiales en español, como el paquete de recursos de información sobre el cáncer de colon y recto y *Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos*, para educar a las poblaciones de habla hispana sobre el cáncer. También hay disponible información en bengalí, chino, francés, criollo haitiano, hindi, coreano y ruso, más de 200 idiomas en total. Si desea más información, visite el sitio web de Easy Reading Project en cancer.org/easyreading.

Elecciones diarias para una vida más saludable (Everyday Choices For A Healthier Life) es una iniciativa de colaboración de la Sociedad Americana Contra El Cáncer, la Asociación Americana de Diabetes y la Asociación Americana del Corazón para fomentar la prevención y la detección temprana del cáncer, la diabetes, las enfermedades del corazón y los accidentes cerebrovasculares. El sitio web de Everyday Choices (everydaychoices.org) y el folleto de Everyday Choices están disponibles en español.

La Sociedad Americana Contra El Cáncer se ha asociado con NBC UNIVERSO para producir la campaña *Prevenir Es Vivir (Prevention is Life)*, una plataforma integral de salud patrocinada por Telemundo que tiene el objetivo de impulsar la educación y la concientización

entre los hispanos sobre salud y bienestar generales, con énfasis en la prevención de diabetes, cáncer, enfermedades cardíacas y obesidad. Visite learnlivegrow.org/prevention-is-life para ver más información (visite PrevenirEsVivir.com para ver la información en español).

Programas y servicios

Muchos de los programas y servicios de la Sociedad Americana Contra El Cáncer se han creado o adaptado de modo que sean étnicamente apropiados y lingüísticamente específicos para públicos hispanos. Entre otros ejemplos, cabe destacar los siguientes:

Ayuda con los efectos secundarios del tratamiento en la apariencia

El programa Luzca Bien Siéntase Mejor® (Look Good Feel Better®) es una colaboración de la Sociedad Americana Contra El Cáncer, la Fundación del Consejo de Productos de Cuidado Personal (Personal Care Products Council Foundation) y la Asociación de Belleza Profesional (Professional Beauty Association) que ayuda a las mujeres hispanas que tienen cáncer a manejar los efectos secundarios del tratamiento relacionados con la apariencia. El programa gratuito emplea profesionales de belleza certificados capacitados como voluntarios de Luzca Bien Siéntase Mejor para que enseñen técnicas simples de cuidado de la piel, maquillaje y cuidado de las uñas y den sugerencias prácticas sobre la pérdida del cabello y coberturas para la cabeza. Si desea más información, visite lookgoodfeelbetter.org/es o llame al 1-800-395-LOOK (1-800-395-5665).

Esperanza e inspiración

Las personas con cáncer y sus seres queridos no tienen que enfrentarse solos a su experiencia con el cáncer. Cancer Survivors Network® de la Sociedad Americana Contra El Cáncer es una comunidad en línea gratuita creada por y para las personas con cáncer y sus familias. En csn.cancer.org, pueden recibir y dar apoyo, conectarse con otros, encontrar recursos y decir su propia historia a través de expresiones personales como música y arte.

Ayuda con el sistema de atención médica

Aprender a navegar en el viaje por el cáncer y el sistema de atención médica puede ser abrumador para cualquiera, pero es particularmente difícil para las personas que no cuentan con atención médica adecuada, para los que se enfrentan a obstáculos lingüísticos o de conocimientos sobre salud o para los que tienen recursos limitados. El Programa Guías de Pacientes de la Sociedad Americana Contra El Cáncer fue diseñado para llegar hasta aquellos que necesitan más ayuda. Los guías de pacientes pueden ayudar a encontrar transportación hacia y desde las citas relacionadas con el cáncer, asistir con asuntos financieros médicos incluida la navegación por el seguro; identificar recursos de la comunidad; y proporcionar información sobre el diagnóstico de cáncer y el proceso del tratamiento del paciente. La Sociedad colabora con una variedad de organizaciones, como el Centro para Reducir las Disparidades Médicas del Cáncer (Center to Reduce Cancer Health Disparities) del Instituto Nacional de Cáncer, el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid, numerosos centros de tratamiento de cáncer y otros para implementar y evaluar este programa.

Ayoyo para abandonar el tabaco

El programa Quit For Life® es el principal programa de cesación del uso del tabaco del país. Ofrecido gracias a una colaboración de la Sociedad Americana Contra El Cáncer y Alere Health, el programa se basa en los más de 35 años de experiencia combinada de las organizaciones en cesación del uso de tabaco. El programa Quit For Life emplea una combinación de estrategias físicas, psicológicas y conductuales basadas en evidencias para permitir que los participantes asuman la responsabilidad de su adicción al tabaco y la superen, incluida una combinación crítica de apoyo con medicamentos, asesoramiento conductual cognitivo por teléfono, mensajes de texto y recursos de apoyo y aprendizaje basados en la web. El programa produce una tasa media de cesación de uso de tabaco de 49% a los seis meses (que se define como no haber fumado dentro de 30 días de la encuesta), lo que hace que el programa sea nueve veces más eficaz que dejar de fumar sin apoyo. Los participantes del programa reciben asesoramiento de entrenadores bilingües y materiales de aprendizaje en español.

Ayoyo sobre el cáncer de seno

A través del programa Reach to Recovery® (Recuperación a su AlcanceSM) de la Sociedad Americana Contra El Cáncer, voluntarios sobrevivientes de cáncer de seno capacitados proporcionan apoyo personal, información y referencias a recursos a las personas que se enfrentan o que viven con cáncer de seno. Estos voluntarios dan a los pacientes con cáncer y a los miembros de su familia la oportunidad de hacer preguntas, de hablar sobre sus temores e inquietudes, y de expresar sus sentimientos. Los voluntarios de Recuperación a su Alcance han pasado por la misma experiencia, y ofrecen comprensión, apoyo y esperanza. Tenemos disponibles un folleto promocional en español.

Encontramos curas

La Sociedad Americana Contra El Cáncer, la fuente de financiamiento de investigaciones sobre el cáncer no gubernamental sin fines de lucro más grande de Estados Unidos, ha dedicado una porción de su financiamiento de investigaciones a estudios sobre el cáncer en poblaciones de bajos recursos y con servicios médicos insuficientes. Durante la última década, el programa Subvenciones Extramurales de la Sociedad otorgó 193 subvenciones con un valor total de más de \$128 millones para investigaciones sobre poblaciones de bajos recursos y con servicios médicos insuficientes, y recientemente estableció financiamiento prioritario para investigaciones psicosociales, de la conducta, de normas de salud y de servicios médicos con la esperanza de reducir las disparidades médicas del cáncer.

Entre los ejemplos de las investigaciones actualmente financiadas por la Sociedad se encuentran:

Ayudar a reducir las disparidades en los exámenes de detección de cáncer de colon: Los latinos se enfrentan a numerosos obstáculos cuando se trata de obtener las pruebas de detección de cáncer colorrectal necesarias. Daniel Reuland, MD, de University of North Carolina, Chapel Hill, dice que los latinos luchan específicamente con obstáculos lingüísticos y culturales. Para superar estos retos, Reuland está investigando la eficacia de dos intervenciones únicas: auxiliares de decisiones multimedia y guías de

pacientes. El estudio de Reuland, que se concentra en latinos de 50 a 75 años de edad, mostrará a los pacientes un video, en inglés o en español, que explica los exámenes de detección de cáncer de colon “usando segmentos narrados fáciles de entender, testimonios de pacientes, gráficos e imágenes en movimiento”. Los pacientes verán el video antes de hablar con su médico. Después de que los pacientes vean el video y hablen con su médico, un guía de pacientes bilingüe los ayudará a completar el proceso de los exámenes de detección. Reuland espera que esta innovadora intervención, que dice que es una solución práctica, probará ser eficaz y al final se implementará extensamente.

Jamilia Sly, PhD, de Icahn School of Medicine at Mount Sinai, también está explorando una nueva estrategia para aumentar las tasas de exámenes de detección de cáncer colorrectal entre los hispanos. Sus investigaciones anteriores han demostrado que la capacitación de afroamericanos para ayudar a otros afroamericanos a navegar por el proceso de exámenes de detección de cáncer colorrectal ha dado resultados aumentando las tasas de estos exámenes. En su nuevo proyecto, Sly probará este mismo modelo, al que se refiere como navegación entre compañeros, con los latinos. El estudio involucrará la creación de un programa de capacitación culturalmente específico para los guías compañeros latinos. Ella cree que, si tiene éxito, el modelo de guías compañeros para los latinos se podría ejecutar en mayor escala y en última instancia aumentar las tasas de exámenes de detección con colonoscopia.

La asistencia personal puede ayudar a las poblaciones con servicios insuficientes a dejar de fumar: Sanja Percac-Lima, MD, PhD, de Massachusetts General Hospital, dirigirá un estudio para evaluar si los trabajadores bilingües de extensión comunitaria pueden ayudar a aumentar las tasas de exámenes de detección de cáncer de pulmón entre los fumadores y los ex fumadores de mayor edad. Su trabajo se concentrará en pacientes que usan centros de salud de la comunidad, ya que ellos tienen más probabilidades de fumar en comparación con las personas que reciben atención en consultorios privados. Percac-Lima espera que su estudio revelará una manera de prevenir el desarrollo de disparidades en los exámenes de detección de cáncer de pulmón.

Clase, raza y cáncer: Aclaración de conexiones complejas: La desigualdad social desempeña un papel significativo, pero a menudo ignorado, en el cáncer. Factores tales como el estado socioeconómico, la discriminación, las tendencias pasadas y el contexto histórico están interconectados y ayudan a explicar ciertas diferencias raciales y étnicas en la ocurrencia del cáncer. Nancy Krieger, PhD, una investigadora de Harvard School of Public Health y nueva profesora de investigación de la Sociedad Americana Contra El Cáncer, está lanzando varios estudios nuevos que espera que darán a los investigadores, médicos y pacientes una mejor comprensión del efecto de las desigualdades sociales en el cáncer.

Cary Gross, MD de Yale University va a explorar las disparidades en la atención del cáncer de seno examinando cómo el uso por parte de los médicos de una innovación personalizada de atención de cáncer, benéfica pero costosa, llamada caracterización de la expresión genética, difiere respecto al estado del seguro, tipo de hospital y características sociodemográficas de los pacientes.

Gross espera que sus hallazgos ayudarán a revelar qué acción se podría tomar para reducir las disparidades y los costos excesivos asociados con la caracterización de la expresión genética.

Terry A. Badger, PhD, RN, FAAN de University of Arizona está diseñando y probando una intervención indicada para ayudar a mejorar la calidad de la vida de las hispanas con cáncer de seno. Las latinas tienen menos acceso a programas psicosociales, y por lo tanto tienden a sufrir desproporcionadamente por los efectos secundarios emocionales del cáncer. Su intervención ayudará a mejorar la calidad de vida de las latinas con cáncer de seno mediante actividades de extensión por teléfono que también incorporan al compañero de apoyo de la paciente, como un miembro de la familia o un amigo.

Luchamos contra el cáncer

La Sociedad Americana Contra El Cáncer y American Cancer Society Cancer Action NetworkSM (ACS CAN), la filial de defensa de la Sociedad, no partidaria y sin fines de lucro, están dedicadas a reducir las tasas de incidencia y mortalidad del cáncer entre las poblaciones minoritarias y médicamente marginadas. La meta se puede lograr instituyendo políticas efectivas y programas de salud pública que promuevan el bienestar en general y salven vidas. ACS CAN está involucrada en esfuerzos de defensa tanto a nivel estatal como a nivel federal. Abajo se encuentra una lista de algunos de los esfuerzos que la Sociedad Americana Contra El Cáncer y ACS CAN han realizado en los últimos años.

ACS CAN y la Sociedad están trabajando para mejorar el acceso de las personas con cáncer a la atención médica, lo que ayuda a salvar vidas. Este trabajo incluye asegurar la implementación de las disposiciones de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio que mejorarán el acceso de los pacientes de cáncer y sus familias a la atención al:

- Terminar la discriminación en contra de las personas con cáncer y con otras enfermedades que ponen en peligro la vida
- Aumentar el acceso a la atención de las personas con cáncer o que corren el riesgo de tener cáncer
- Reconcentrar el sistema de atención médica en la prevención de la enfermedad

Cada año, ACS CAN trabaja intensamente para asegurarse de que las agencias que supervisan la investigación y los programas de prevención de cáncer reciban los fondos que necesitan para continuar la lucha contra el cáncer. ACS CAN continúa encabezando la lucha para mantener y aumentar la inversión que EE. UU. ha realizado en investigaciones biomédicas y sobre el cáncer en los Institutos Nacionales de Salud, el Instituto Nacional del Cáncer y los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades. Esta inversión incluye un mayor financiamiento para las investigaciones sobre el cáncer en el Instituto Nacional de la Salud de los Grupos Minoritarios y Disparidades en la Salud, para cuyo establecimiento la Sociedad fue instrumental.

La protección del financiamiento estatal y federal del Programa Nacional de Detección Temprana de los Cánceres de Seno y de Cuello Uterino es una alta prioridad para ACS CAN. Este exitoso programa proporciona exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de seno y del cuello uterino, basados en

la comunidad, a las mujeres sin seguro y con seguro insuficiente de bajos ingresos (cdc.gov/cancer/nbccedp). Sin embargo, con el financiamiento existente, el programa sirve a 1 de cada 10 mujeres elegibles de todo el país. Los recortes al programa significarían que se daría servicio a aún menos mujeres.

En los exámenes de detección de cáncer colorrectal por colonoscopia se pueden extirpar los pólipos precancerosos durante el procedimiento, convirtiéndolo en un servicio preventivo único. ACS CAN ha sido instrumental en la aprobación de la Ley de Eliminación de Obstáculos a la Detección de Cáncer Colorrectal (Removing Barriers to Colorectal Cancer Screening Act) de 2015, que abordará un obstáculo en la atención en el programa Medicare en el servicio preventivo de cáncer colorrectal. A diferencia de los seguros privados, según Medicare, si se encuentra o extirpa un pólipo durante una colonoscopia de detección, se puede cobrar a

un beneficiario un copago entre \$300 y \$500. Los seguros privados cubren las colonoscopías con la extirpación de pólipos sin costo para el paciente. Esta legislación aumentaría el acceso a la atención de los beneficiarios de Medicare haciendo que la cobertura de este examen de detección sea igual a la de los seguros privados.

ACS CAN también fue un socio importante en la aprobación exitosa de la Ley de Control del Tabaco y Prevención del Hábito de Fumar en la Familia (Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act), que se aprobó como ley en 2009. Esta ley otorga a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) la autoridad para regular los productos de tabaco y evitar que las compañías comercialicen sus productos fatales a los niños. ACS CAN continúa alentando a la FDA a ejercer su autoridad reglamentaria sobre todos los productos de tabaco, no solo los cigarrillos y el tabaco para mascar.

Recursos adicionales

Consejo Intercultural de Cáncer (Intercultural Cancer Council, ICC)

El Consejo Intercultural de Cáncer promueve normas, programas, asociaciones e investigaciones para eliminar la carga desproporcionada que el cáncer impone a los grupos minoritarios raciales y étnicos y a las poblaciones médicamente marginadas en los Estados Unidos y sus territorios. Visite iccnetwork.org para obtener más información.

Consejo Nacional Hispano de Envejecimiento (National Hispanic Council on Aging, NHCOA)

El Consejo Nacional Hispano de Envejecimiento es una organización de defensa basada en sus constituyentes cuyo propósito principal es mejorar la calidad de la vida de adultos hispanos de edad mayor y de sus familias y comunidades. Desde su inicio, el NHCOA se ha concentrado en la importancia y función de la familia para asistir a sus ancianos en cada aspecto de su vida, y proporcionar la atención necesaria a las personas de edad avanzada. Visite nhcoa.org para obtener más información.

Asociación Nacional Médica Hispana (National Hispanic Medical Association, NHMA)

La Asociación Nacional Médica Hispana es una asociación sin fines de lucro que representa a 50,000 médicos hispanos certificados en los Estados Unidos. La misión de la organización es facultar a los médicos hispanos para que encabezen esfuerzos que mejoren la salud de los hispanos y de otras poblaciones sin atención médica adecuada, en colaboración con socios de los sectores público y privado. Como un recurso nacional de rápido

crecimiento que está basado en la capital del país, la NHMA proporciona a los legisladores y a los proveedores de atención médica información y apoyo expertos para fortalecer el suministro de servicios médicos a las comunidades hispanas de todo el país. Visite nhmamd.org para obtener más información.

Alianza Nacional para la Salud Hispana (National Alliance for Hispanic Health)

La Alianza Nacional para la Salud Hispana es una organización sin fines de lucro que proporciona información de salud basada en la ciencia (en inglés y en español) y que apoya la salud en las comunidades hispanas. La Alianza también produce publicaciones sobre temas específicos de cáncer para los hispanos, como cáncer de piel y supervivencia del cáncer. Visite hispanichealth.org para obtener más información.

Redes En Acción

La Red Nacional Latina de Investigaciones sobre el Cáncer (National Latino Cancer Research Network) es una iniciativa financiada por el Instituto Nacional del Cáncer cuyo objetivo es luchar contra el cáncer entre los latinos. El programa se concentra en el desarrollo de redes nacionales y regionales de socios que se involucren en actividades de investigación, capacitación y concienciación relacionadas con problemas clave de cáncer entre los latinos. Bajo las iniciativas del Programa de Redes Comunitarias del NCI, Redes ha ampliado su infraestructura para reducir las discrepancias del cáncer promoviendo la educación, la investigación y la capacitación sobre el cáncer dentro de los Estados Unidos y Puerto Rico. Visite redesenaccion.org para obtener más información.

Factores que influyen en las tasas de incidencia del cáncer

La comparación de las tasas de incidencia, fallecimiento y supervivencia del cáncer entre grupos raciales y étnicos, en especial aquellos grupos que no están compuestos por blancos o negros, debe interpretarse con cautela por varias razones. En primer lugar, debido a la forma en que se recopilan los datos, no

podemos presentar estadísticas de la mayoría de los datos según el país de origen y el nacimiento, ocultando diferencias importantes dentro de la población hispana como un todo. Además, la etnia y la raza no siempre se clasifican de manera uniforme en los expedientes médicos, certificados de defunción y el censo

decenal de los Estados Unidos, de manera que las tasas de incidencia y la mortalidad para otras poblaciones que no sean blancos y negros posiblemente fueron subestimadas. Adicionalmente, los datos de tendencia de la incidencia a largo plazo (1992-2012) presentados en este informe provienen de las áreas SEER de registro del cáncer, que pueden no reflejar con exactitud la experiencia de los hispanos en todas las regiones del país.

Según los datos de la población, los pacientes hispanos tienen tasas de supervivencia de cáncer similares y algunas veces más altas que las de los blancos no hispanos en muchas áreas de cáncer, no obstante que tienen menores indicadores socioeconómicos. Este escenario ilógico, algunas veces llamado la “paradoja hispana”, puede reflejar datos incompletos o sesgados en lugar de una ventaja real de supervivencia¹⁵. Por ejemplo, los hispanos que inmigran a EE. UU. probablemente representan un subgrupo selectivamente más sano de la población de su país²⁵⁶. Además, los hispanos de EE. UU. pueden regresar a su país de origen después de un diagnóstico de cáncer en busca de un apoyo social más sólido. La migración frecuente entre trabajadores por temporada también pudiera obstaculizar el seguimiento del paciente necesario para el cálculo de las tasa de supervivencia. Como resultado de las dificultades más grandes para registrar con precisión los fallecimientos por cáncer en las poblaciones de inmigrantes, un estudio reciente encontró que las tasas de supervivencia de los hispanos pueden estar artificialmente infladas y se deben interpretar con precaución¹⁵.

Identificación hispana/latina

La identificación exacta de las personas hispanas/latinas para la vigilancia del cáncer ha sido un problema continuo. En un esfuerzo por abordar este asunto, en 2001 la Asociación Norteamericana de Registros Centrales de Cáncer (North American Association of Central Cancer Registries, NAACCR) convocó a un panel de expertos

para que desarrollaran el Algoritmo de Identificación Hispana de NAACCR (NHIA), que se publicó por primera vez en 2003 para que lo usaran los registros de cáncer. El NHIA usa una combinación de variables de pacientes que se encuentran dentro de los expedientes del registro de cáncer, como el apellido y el lugar de nacimiento, para determinar el origen hispano. Después de la amplia implementación por los registros de cáncer estatales, se hicieron mejoras al NHIA y en 2005 se publicó una versión modificada (NHIA v2). Sin embargo, la clasificación errónea de los casos hispanos continúa siendo un problema. Más recientemente, en ciertos estados con poblaciones hispanas/latinas grandes y diversas, se están llevando a cabo investigaciones especiales para clasificar con mayor precisión las subpoblaciones hispanas y describir la carga específica que les impone el cáncer. Una de tales investigaciones del registro de vigilancia del cáncer de Florida documentó la incidencia de cáncer de los cubanos, puertorriqueños y mexicanos que residen en ese estado¹⁴. Esta información es útil para planear programas dirigidos de control de cáncer.

Ajuste por edades

Los epidemiólogos usan un método estadístico llamado “ajuste por edades” para comparar grupos de personas de diferentes edades. Por ejemplo, sin hacer un ajuste por edades, sería engañoso comparar las tasas de cáncer de Florida que tiene una gran población de ancianos, con las de Alaska que tiene una población más joven, porque el cáncer por lo general es una enfermedad de personas de edad. Sin hacer el ajuste por edades, parecería que el riesgo de cáncer en Florida es mucho más alto que el de Alaska. Sin embargo, después de hacer el ajuste por edades, las tasas de cáncer de los dos estados son similares. De la misma manera, es necesario hacer el ajuste por edades cuando se comparan las tasas de los hispanos con las de otros grupos en EE.UU, debido a la distribución etaria más joven de la población hispana de este país.

Fuentes estadísticas

Casos nuevos de cáncer estimados: El número estimado de casos nuevos de cáncer diagnosticados entre los hispanos de EE. UU. en 2015 se proyectó usando un proceso de dos pasos. En primer lugar, se estimó el número total de casos en los 10 años más recientes de datos (de 2003 a 2012) aplicando tasas de incidencia específicas de la edad de los hispanos de 44 estados y del Distrito de Columbia que cumplieron las altas normas de calidad de los datos de la Asociación Norteamericana de Registros Centrales de Cáncer (NAACCR) en todos los 10 años a los estimados del tamaño de la población hispana²⁵⁷. Luego, el número de casos nuevos se proyectó tres años adelante con base en el porcentaje de cambio promedio anual de 10 años obtenido de un análisis de regresión de puntos de inflexión.

Tasas de incidencia: Las tasas de incidencia se calcularon dividiendo el número de personas diagnosticadas con cáncer durante un periodo determinado entre el número de personas a riesgo de la enfermedad en una población, y se reportaron como el número de casos diagnosticados por 100,000 personas a riesgo. Las tendencias de la incidencia a largo plazo (de 1992 a 2012) se basaron en datos de las 12 áreas más antiguas

del Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (Surveillance, Epidemiology, and End Results, SEER)²⁵⁸. Los datos de incidencia de NAACCR fueron la fuente del porcentaje de cambio promedio anual de 10 años de las tasas de incidencia de 2003-2012, así como de las tasas de incidencia de 5 años promedias anuales ajustadas por edades de 2008-2012²⁵⁷. Las tasas de incidencia internacionales presentadas en las figuras 7 y 8 fueron proporcionadas por la base de datos GLOBOCAN de la Agencia Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (International Agency for Research on Cancer) de la Organización Mundial de la Salud⁹⁰. Todas las tasas de incidencia en esta publicación fueron ajustadas por edades según la población estándar de EE. UU. de 2000, con excepción de las tasas de incidencia mostradas en las figuras 7 y 8, que fueron ajustadas por edades con la población estándar mundial de 1960.

Fallecimientos por cáncer estimados: El número de fallecimientos por cáncer en Estados Unidos entre los hispanos en 2015 se calculó ajustando el número de fallecimientos por cáncer de 1998 a 2012 a un modelo de pronóstico estadístico que pronostica el número de fallecimientos que se espera que ocurran en 2015.

Los datos del número de fallecimientos se obtienen del Centro Nacional de Estadísticas de Salud (National Center for Health Statistics, NCHS) de los CDC²⁵⁹. Si desea más información sobre la proyección de fallecimientos por cáncer consulte a Chen et al.²⁶⁰

Tasas de mortalidad: De manera similar a las tasas de incidencia, las tasas de fallecimiento representan el número de personas que fallecen de cáncer en un periodo determinado dividido entre el número de personas a riesgo en la población, y se presentan en términos de fallecimientos por cáncer por 100,000 personas. Las tasas de fallecimiento en esta publicación se basan en el conteo de fallecimientos por cáncer compilados por NCHS y en los datos de la población de la Oficina del Censo de EE. UU.²⁵⁹ Las tendencias de fallecimiento a largo plazo (1992-2012) presentadas en la figura 4 de la página 6, excluyen datos de New Hampshire y Oklahoma, ya que estos estados no recopilaron datos sobre el origen hispano por varios años. El porcentaje de cambio promedio anual de las tasas de fallecimiento de 2003 a 2012 y las tasas de incidencia de 5 años promedias anuales ajustadas por edades de 2008-2012 incluyen datos de todos los 50 estados y de Washington, DC. Todas las tasas de mortalidad indicadas en esta publicación se ajustaron a la edad de la población estándar de Estados Unidos de 2000. Es importante notar que la incidencia de cáncer y la mortalidad entre los hispanos no se pueden comparar directamente debido a que la cantidad con la que los datos de vigilancia subestimaron estas dos estadísticas es diferente^{261,262}.

Nota importante sobre los casos de cáncer y fallecimientos estimados para el año actual: Los números estimados de nuevos casos de cáncer y fallecimientos en 2015 se deben interpretar con precaución. El método de proyección se basa en un modelo, de manera que los números estimados pueden variar de los de años anteriores por razones diferentes a cambios en la ocurrencia del cáncer. Por lo tanto, aunque las proyecciones de tres años adelante proporcionan un estimado razonablemente exacto de la carga del cáncer en 2015, enfáticamente disuadimos el uso de nuestros estimados para hacer el seguimiento de los cambios en la ocurrencia de cáncer. Las tasas de incidencia y la mortalidad ajustadas por edades reportadas por el programa SEER y el NCHS respectivamente, son las estadísticas preferidas para hacer el seguimiento de las tendencias de cáncer en EE. UU. Las tasas de los registros estatales de cáncer son útiles para hacer el seguimiento de tendencias locales.

Supervivencia: Este informe presenta las tasas de supervivencia específica de la causa de pacientes diagnosticados en 17 registros del programa SEER para describir la supervivencia del cáncer²⁶³. Todas las estadísticas de supervivencia a los cinco años que se presentan en las tablas y el texto de esta publicación son de diagnósticos de 2005 a 2011, y se hizo el seguimiento de todos los pacientes hasta 2012.

Encuesta Nacional de Evaluación de Nutrición y Salud (NHANES). La NHANES de los CDC es una encuesta nacional que evalúa el estado de salud y nutrición de los adultos y niños de EE. UU. Entre 1971 y 1994 se realizaron tres ciclos de la encuesta; el tercer ciclo, el más reciente (NHANES III), se realizó de 1988 a 1994. A partir de 1999, la NHANES se implementó como encuesta anual continua. La encuesta está diseñada para proporcionar estimados de prevalencia del estado de salud y nutrición de

adultos y niños de EE. UU., como la prevalencia de enfermedades mayores, trastornos de la nutrición y factores de riesgo potenciales de enfermedades. Los datos se recopilan a través de entrevistas en persona y exámenes físicos en centros médicos móviles. En la entrevista se hacen preguntas sobre la alimentación y la salud; el examen físico consiste en exámenes médico y dental, mediciones fisiológicas y pruebas de laboratorio.

Sitio web de NHANES: cdc.gov/nchs/nhanes.htm

Cita completa: Centro Nacional de Estadísticas sobre Salud. Encuesta Nacional de Evaluación de Salud y Nutrición, 2011-2012. Archivo de datos y documentación de uso público. <http://www.cdc.gov/nchs/nhanes.htm>. 2013.

Encuesta Nacional de Entrevistas sobre Salud (National Health Interview Survey, NHIS): La NHIS de los CDC ha vigilado la salud del país desde 1957. La encuesta está diseñada para proporcionar cálculos de prevalencia nacional sobre características personales, socioeconómicas, demográficas y de la salud (tales como el hábito de fumar cigarrillos y la actividad física) de los adultos de EE. UU. Los datos se recopilan a través de entrevistas telefónicas mensuales asistidas por computadora, efectuadas a adultos de 18 años de edad en adelante que viven en hogares en EE. UU.

Sitio web de la NHIS: cdc.gov/nchs/nhis.htm

Cita completa: Centro Nacional de Estadísticas sobre Salud. Encuesta Nacional de Entrevistas sobre Salud (National Health Information Survey), 2013 y 2014. Archivo de datos y documentación de uso público. cdc.gov/nchs/nhis.htm.

Sistema de Vigilancia de Conductas Riesgosas entre los Jóvenes (Youth Risk Behavior Surveillance System, YRBSS): Esta encuesta bianual del NCCDPHP de CDC comenzó en 1991. La encuesta está diseñada para proporcionar estimados de prevalencia a nivel nacional, estatal y local sobre conductas de riesgo para la salud tales como el consumo de tabaco, conductas dietéticas perjudiciales e inactividad física, y otras entre jóvenes y adultos jóvenes que asisten a escuelas preparatorias públicas y privadas. Los datos se recopilan a través de un cuestionario auto administrado, que se completa durante el período requerido de la clase o materia. Los datos de las encuestas estatales y locales son de calidad variable, por lo que se debe actuar con cautela al hacer comparaciones de datos entre ellas. Los datos de los estados y áreas locales con una tasa de respuesta general de 60% y documentación apropiada se consideran ponderados y se generalizan para todos los estudiantes de las escuelas preparatorias públicas y privadas de los grados nueve a 12 en su respectiva jurisdicción. Sin embargo, los datos de los estados y áreas locales que no tienen una tasa de respuesta general de 60% y aquellos con documentación inadecuada se informan como no ponderados y solo corresponden a los estudiantes que participan en la encuesta. A partir de la encuesta de 2003, los datos estatales que no cumplen con los requisitos de ponderación arriba descritos, ya no están disponibles para el público a través de los CDC.

Sitio web de YRBSS: cdc.gov/HealthyYouth/yrbs/index.htm

Referencias

1. Colby SL, Ortman JM. Projections of the Size and Composition of the U.S. Population: 2014 to 2060. Washington, DC: US Census Bureau 2014.
2. US Census Bureau. Table 2. Intercensal Estimates of the Resident Population by Sex R, and Hispanic Origin for the United States: April 1, 2000 to July 1, 2010 (US-EST00INT-02). Fecha de publicación en Internet: 2011.
3. Krogstad JM, Lopez MH. Hispanic nativity shift. Hispanic Trends [serial online] 2014. Disponible en URL: <http://www.pewhispanic.org/2014/04/29/hispanic-nativity-shift/> [accessed May 20, 2015].
4. US Census Bureau. American Community Survey, 3-year estimates. Fecha de publicación en Internet: 2014.
5. US Census Bureau. Annual Estimates of the Resident Population by Sex, Race, and Hispanic Origin for the United States, States, and Counties: April 1, 2010 to July 1, 2013. Fecha de publicación en Internet: 2014.
6. Dominguez K, Penman-Aguilar A, Chang M-H, et al. Vital Signs: Leading Causes of Death, Prevalence of Diseases and Risk Factors, and Use of Health Services Among Hispanics in the United States – 2009-2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2015;64: 1-10.
7. Martinez-Tyson D, Pathak EB, Soler-Vila H, Flores AM. Looking under the Hispanic umbrella: cancer mortality among Cubans, Mexicans, Puerto Ricans and other Hispanics in Florida. *J Immigr Minor Health.* 2009;11: 249-257.
8. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin.* 2015;65: 87-108.
9. O'Neil ME, Henley SJ, Singh SD, et al. Invasive cancer incidence - puerto rico, 2007-2011. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2015;64: 389-393.
10. Singh GK, Hiatt RA. Trends and disparities in socioeconomic and behavioural characteristics, life expectancy, and cause-specific mortality of native-born and foreign-born populations in the United States, 1979-2003. *Int J Epidemiol.* 2006;35: 903-919.
11. Lara M, Gamboa C, Kahramanian MI, Morales LS, Bautista DE. Acculturation and Latino health in the United States: a review of the literature and its sociopolitical context. *Ann Rev Public Health.* 2005;26: 367-397.
12. Krueger PM, Coleman-Minahan K, Rooks RN. Race/ethnicity, nativity and trends in BMI among U.S. adults. *Obesity.* 2014;22: 1739-1746.
13. Thomas DB, Karagas MR. Cancer in first and second generation Americans. *Cancer Res.* 1987;47: 5771-5776.
14. Pinheiro PS, Sherman RL, Trapido EJ, et al. Cancer incidence in first generation U.S. Hispanics: Cubans, Mexicans, Puerto Ricans, and new Latinos. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2009;18: 2162-2169.
15. Pinheiro PS, Morris CR, Liu L, Bungum TJ, Altekruze SF. The impact of follow-up type and missed deaths on population-based cancer survival studies for Hispanics and Asians. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2014;2014: 210-217.
16. Cockburn MG, Zadnick J, Deapen D. Developing epidemic of melanoma in the Hispanic population of California. *Cancer.* 2006;106: 1162-1168.
17. Pollitt RA, Clarke CA, Swetter SM, Peng DH, Zadnick J, Cockburn M. The expanding melanoma burden in California hispanics: Importance of socioeconomic distribution, histologic subtype, and anatomic location. *Cancer.* 2011;117: 152-161.
18. Keegan TH, John EM, Fish KM, Alfaro-Velcamp T, Clarke CA, Gomez SL. Breast cancer incidence patterns among California Hispanic women: differences by nativity and residence in an enclave. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2010;19: 1208-1218.
19. Chlebowski RT, Chen Z, Anderson GL, et al. Ethnicity and breast cancer: factors influencing differences in incidence and outcome. *J Natl Cancer Inst.* 2005;97: 439-448.
20. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK, Curtin SC, Matthews TJ. *Births: Final data for 2013. National vital statistics reports; Vol 64(1)*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2015.
21. Banegas MP, Leng M, Graubard BI, Morales LS. The risk of developing invasive breast cancer in Hispanic women : a look across Hispanic subgroups. *Cancer.* 2013;119: 1373-1380.
22. Gill SL. Breastfeeding by Hispanic women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2009;38: 244-252.
23. Ahluwalia IB, D'Angelo D, Morrow B, McDonald JA. Association between acculturation and breastfeeding among Hispanic women: data from the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System. *J Hum Lact.* 2012;28: 167-173.
24. Centers for Disease C, Prevention. Progress in increasing breastfeeding and reducing racial/ethnic differences - United States, 2000-2008 births. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2013;62: 77-80.
25. Sprague BL, Trentham-Dietz A, Cronin KA. A sustained decline in postmenopausal hormone use: results from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2010. *Obstet Gynecol.* 2012;120: 595-603.
26. Hausauer AK, Keegan TH, Chang ET, Clarke CA. Recent breast cancer trends among Asian/Pacific Islander, Hispanic, and African-American women in the US: changes by tumor subtype. *Breast Cancer Res.* 2007;9: R90.
27. Li R, Gilliland FD, Baumgartner K, Samet J. Hormone replacement therapy and breast carcinoma risk in Hispanic and non-Hispanic women. *Cancer.* 2002;95: 960-968.
28. Fedewa SA, Sauer AG, Siegel RL, Jemal A. Prevalence of Major Risk Factors and Use of Screening Tests for Cancer in the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2015;24: 637-652.
29. World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective. Washington, DC: American Institute for Cancer Research, 2007.
30. Bhaskaran K, Douglas I, Forbes H, dos-Santos-Silva I, Leon DA, Smeeth L. Body-mass index and risk of 22 specific cancers: a population-based cohort study of 5.24 million UK adults. *Lancet.* 2014;384: 755-765.
31. Sexton KR, Franzini L, Day RS, Brewster A, Vernon SW, Bondy ML. A review of body size and breast cancer risk in Hispanic and African American women. *Cancer.* 2011;117: 5271-5281.
32. Abdel-Maksoud MF, Risendal BC, Slattery ML, Giuliano AR, Baumgartner KB, Byers TE. Behavioral risk factors and their relationship to tumor characteristics in Hispanic and non-Hispanic white long-term breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat.* 2012;131: 169-176.
33. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast C. Menarche, menopause, and breast cancer risk: individual participant meta-analysis, including 118 964 women with breast cancer from 117 epidemiological studies. *Lancet Oncol.* 2012;13: 1141-1151.
34. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast C. Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58,209 women with breast cancer and 101,986 women without the disease. *Lancet.* 2001;358: 1389-1399.

35. Yaghjian L, Colditz GA, Rosner B, Tamimi RM. Mammographic breast density and breast cancer risk: interactions of percent density, absolute dense, and non-dense areas with breast cancer risk factors. *Breast Cancer Res Treat.* 2015;150: 181-189.
36. Grenier D, Cooke AL, Lix L, Metge C, Lu H, Leslie WD. Bone mineral density and risk of postmenopausal breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2011;126: 679-686.
37. Xue F, Michels KB. Diabetes, metabolic syndrome, and breast cancer: a review of the current evidence. *Am J Clin Nutr.* 2007;86: s823-835.
38. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast C. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet.* 1996;347: 1713-1727.
39. Fejerman L, John EM, Huntsman S, et al. Genetic ancestry and risk of breast cancer among U.S. Latinas. *Cancer Res.* 2008;68: 9723-9728.
40. Hines LM, Risendal B, Slattery ML, Baumgartner KB, Giuliano AR, Byers T. Differences in estrogen receptor subtype according to family history of breast cancer among Hispanic, but not non-Hispanic White women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2008;17: 2700-2706.
41. Risendal B, Hines LM, Sweeney C, et al. Family history and age at onset of breast cancer in Hispanic and non-Hispanic white women. *Cancer Causes Control.* 2008;19: 1349-1355.
42. Iqbal J, Ginsburg O, Rochon PA, Sun P, Narod SA. Differences in breast cancer stage at diagnosis and cancer-specific survival by race and ethnicity in the United States. *JAMA.* 2015;313: 165-173.
43. Lantz PM, Mujahid M, Schwartz K, et al. The influence of race, ethnicity, and individual socioeconomic factors on breast cancer stage at diagnosis. *Am J Public Health.* 2006;96: 2173-2178.
44. Smith-Bindman R, Miglioretti DL, Lurie N, et al. Does utilization of screening mammography explain racial and ethnic differences in breast cancer? *Ann Intern Med.* 2006;144: 541-553.
45. Press R, Carrasquillo O, Sciacca RR, Giardina EG. Racial/ethnic disparities in time to follow-up after an abnormal mammogram. *J Womens Health (Larchmt).* 2008;17: 923-930.
46. Stuver SO, Zhu J, Simchowitz B, Hassett MJ, Shulman LN, Weingart SN. Identifying women at risk of delayed breast cancer diagnosis. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2011;37: 568-575.
47. Ooi SL, Martinez ME, Li CI. Disparities in breast cancer characteristics and outcomes by race/ethnicity. *Breast Cancer Res Treat.* 2011;127: 729-738.
48. Miller BA, Hankey BF, Thomas TL. Impact of sociodemographic factors, hormone receptor status, and tumor grade on ethnic differences in tumor stage and size for breast cancer in US women. *Am J Epidemiol.* 2002;155: 534-545.
49. Boone SD, Baumgartner KB, Joste NE, Pinkston CM, Yang D, Baumgartner RN. The joint contribution of tumor phenotype and education to breast cancer survival disparity between Hispanic and non-Hispanic white women. *Cancer Causes Control.* 2014;25: 273-282.
50. Warner ET, Tamimi RM, Hughes ME, et al. Racial and ethnic differences in breast cancer survival: Mediating effect of tumor characteristics and sociodemographic and treatment factors. *J Clin Oncol.* 2015; 33: 2254-2261.
51. Freedman RA, Virgo KS, He Y, et al. The association of race/ethnicity, insurance status, and socioeconomic factors with breast cancer care. *Cancer* 2011; 117: 180-189.
52. Bickell NA, Shastri K, Fei K, et al. A tracking and feedback registry to reduce racial disparities in breast cancer care. *J Natl Cancer Inst.* 2008;100: 1717-1723.
53. Soto-Salgado M, Suarez E, Calo W, Cruz-Correa M, Figueroa-Valles NR, Ortiz AP. Incidence and mortality rates for colorectal cancer in Puerto Rico and among Hispanics, non-Hispanic whites, and non-Hispanic blacks in the United States, 1998-2002. *Cancer.* 2009;115: 3016-3023.
54. Center MM, Jemal A, Ward E. International trends in colorectal cancer incidence rates. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2009; 18: 1688-1694.
55. Bray F, Jemal A, Grey N, Ferlay J, Forman D. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population based study. *Lancet Oncol.* 2012;13: 790-801.
56. Chan AT, Giovannucci EL. Primary prevention of colorectal cancer. *Gastroenterology.* 2010; 138: 2029-2043.
57. Butterworth AS, Higgins JP, Pharoah P. Relative and absolute risk of colorectal cancer for individuals with a family history: a meta-analysis. *Eur J Cancer.* 2006;42: 216-227.
58. Bernstein CN, Blanchard JF, Kliever E, Wajda A. Cancer risk in patients with inflammatory bowel disease: a population-based study. *Cancer.* 2001;91: 854-862.
59. He J, Stram DO, Kolonel LN, Henderson BE, Le Marchand L, Haiman CA. The association of diabetes with colorectal cancer risk: the Multiethnic Cohort. *Br J Cancer.* 2010;103: 120-126.
60. US Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress. A Report from the Surgeon General.* Atlanta, GA; USA: Department of Health and Human Services. Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2014.
61. Fagan P, Moolchan ET, Lawrence D, Fernander A, Ponder PK. Identifying health disparities across the tobacco continuum. *Addiction.* 2007;102 Suppl 2: 5-29.
62. Hyland A, Rezaishiraz H, Bauer J, Giovino GA, Cummings KM. Characteristics of low-level smokers. *Nicotine Tob Res.* 2005;7: 461-468.
63. Kaplan RC, Bangdiwala SI, Barnhart JM, et al. Smoking among U.S. Hispanic/Latino adults: the Hispanic community health study/study of Latinos. *Am J Prev Med.* 2014;46: 496-506.
64. Haiman CA, Stram DO, Wilkens LR, et al. Ethnic and racial differences in the smoking-related risk of lung cancer. *N Engl J Med.* 2006;354: 333-342.
65. Pinsky PF. Racial and ethnic differences in lung cancer incidence: how much is explained by differences in smoking patterns? (United States). *Cancer Causes Control.* 2006;17: 1017-1024.
66. Bethel JW, Schenker MB. Acculturation and smoking patterns among Hispanics: a review. *Am J Prev Med.* 2005;29: 143-148.
67. Thun MJ, Carter BD, Feskanich D, et al. 50-year trends in smoking-related mortality in the United States. *N Engl J Med.* 2013;368: 351-364.
68. National Lung Screening Trial Research Team, Aberle DR, Berg CD, et al. The National Lung Screening Trial: overview and study design. *Radiology.* 2011;258: 243-253.
69. American Cancer Society. *Cancer Prevention & Detection Facts & Figures 2015-2016.* Atlanta, GA: Sociedad Americana Contra El Cáncer, 2015.
70. World Cancer Research Fund International and American Institute for Cancer Research. *Continuous Update Project Report: Diet, Nutrition, Physical Activity, and Prostate Cancer.* Washington, DC: American Institute for Cancer Research, 2014.
71. de Martel C, Ferlay J, Franceschi S, et al. Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis. *Lancet Oncol.* 2012;13: 607-615.
72. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2015. *CA Cancer J Clin.* 2015;65: 5-29.

73. Altekruse SF, Henley SJ, Cucinelli JE, McGlynn KA. Changing hepatocellular carcinoma incidence and liver cancer mortality rates in the United States. *Am J Gastroenterol*. 2014;109: 542-553.
74. Parkin DM. The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002. *Int J Cancer*. 2006;118: 3030-3044.
75. London WT, McGlynn KA. Liver Cancer. En: Schottenfeld D, Fraumeni JF, editors. *Cancer Epidemiology and Prevention*. Nueva York: Oxford University Press, 2006:763-786.
76. Hsu YC, Wu CY, Lin JT. Hepatitis C Virus Infection, Antiviral Therapy, and Risk of Hepatocellular Carcinoma. *Semin Oncol*. 2015;42: 329-338.
77. El-Serag HB. Hepatocellular carcinoma. *N Engl J Med*. 2011;365: 1118-1127.
78. Altekruse SF, McGlynn KA, Reichman ME. Hepatocellular carcinoma incidence, mortality, and survival trends in the United States from 1975 to 2005. *J Clin Oncol*. 2009;27: 1485-1491.
79. Daviglius ML, Talavera GA, Aviles-Santa ML, et al. Prevalence of major cardiovascular risk factors and cardiovascular diseases among Hispanic/Latino individuals of diverse backgrounds in the United States. *JAMA*. 2012;308: 1775-1784.
80. Geiss LS, Wang J, Cheng YJ, et al. Prevalence and incidence trends for diagnosed diabetes among adults aged 20 to 79 years, United States, 1980-2012. *JAMA*. 2014;312: 1218-1226.
81. Kim Y, Ejaz A, Tayal A, et al. Temporal trends in population-based death rates associated with chronic liver disease and liver cancer in the United States over the last 30 years. *Cancer*. 2014;120: 3058-3065.
82. Esposito K, Chiodini P, Colao A, Lenzi A, Giugliano D. Metabolic syndrome and risk of cancer: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*. 2012;35: 2402-2411.
83. World Cancer Research Fund International and American Institute for Cancer Research. *Continuous Update Project Report: Diet, Nutrition, Physical Activity and Liver Cancer*. Washington, DC: American Institute for Cancer Research, 2015.
84. Flores YN, Yee HF, Jr., Leng M, et al. Risk factors for chronic liver disease in blacks, Mexican Americans, and whites in the United States: results from NHANES IV, 1999-2004. *Am J Gastroenterol*. 2008; 103(9): 2231-2238.
85. Naimi TS, Nelson DE, Brewer RD. The intensity of binge alcohol consumption among U.S. adults. *Am J Prev Med*. 2010;38: 201-207.
86. Al-Refai WB, Tseng JF, Gay G, et al. The impact of ethnicity on the presentation and prognosis of patients with gastric adenocarcinoma. Results from the National Cancer Data Base. *Cancer*. 2008;113: 461-469.
87. Eslick GD. Helicobacter pylori infection causes gastric cancer? A review of the epidemiological, meta-analytic, and experimental evidence. *World J Gastroenterol*. 2006;12: 2991-2999.
88. Shibata A, Parsonnet J. Stomach Cancer. En: Schottenfeld D, Fraumeni JF, editors. *Cancer Epidemiology and Prevention*. Nueva York: Oxford University Press, 2006:707-720.
89. Brown LM. Helicobacter pylori: epidemiology and routes of transmission. *Epidemiol Rev*. 2000;22: 283-297.
90. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>.
91. Herrero R, Parsonnet J, Greenberg ER. Prevention of gastric cancer. *JAMA*. 2014;312: 1197-1198.
92. Karimi P, Islami F, Anandasabapathy S, et al. Gastric Cancer: Descriptive epidemiology, risk factors, screening, and prevention. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2014; 23: 700-713.
93. Duell EJ, Travier N, Lujan-Barroso L, et al. Alcohol consumption and gastric cancer risk in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) cohort. *Am J Clin Nutr*. 2011;94: 1266-1275.
94. Horner MJ, Altekruse SF, Zou Z, et al. U.S. geographic distribution of prevaccine era cervical cancer screening, incidence, stage, and mortality. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2011; 20: 591-599.
95. Petrosky E, Bocchini JA, Jr., Hariri S, et al. Use of 9-Valent Human Papillomavirus (HPV) Vaccine: Updated HPV Vaccination Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2015;64: 300-304.
96. Kamangar F, Dores GM, Anderson WF. Patterns of cancer incidence, mortality, and prevalence across five continents: defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world. *J Clin Oncol*. 2006;24: 2137-2150.
97. Reynolds D. Cervical cancer in Hispanic/Latino women. *Clin J Oncol Nurs*. 2004;8: 146-150.
98. International Agency for Research on Cancer. *Cervical Cancer Screening*. Lyon, Francia: IARC, 2005.
99. Henley SJ, Weir HK, Jim MA, et al. Gallbladder cancer incidence and mortality, United States 1999-2011. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2015; [Epub ahead of print]. June 12, 2015.
100. Hundal R, Shaffer EA. Gallbladder cancer: epidemiology and outcome. *Clin Epidemiol*. 2014;6: 99-109.
101. Hsing AW, Rashid A, Devesa SS, Fraumeni JF. Biliary Tract Cancer. En: Schottenfeld D, Fraumeni JF, editors. *Cancer Epidemiology and Prevention*. Nueva York: Oxford University Press, 2006:787-800.
102. Fernandez E, Gallus S, Bosetti C, Franceschi S, Negri E, La Vecchia C. Hormone replacement therapy and cancer risk: a systematic analysis from a network of case-control studies. *Int J Cancer*. 2003;105: 408-412.
103. Ren HB, Yu T, Liu C, Li YQ. Diabetes mellitus and increased risk of biliary tract cancer: systematic review and meta-analysis. *Cancer Causes Control*. 2011;22: 837-847.
104. Stinton LM, Shaffer EA. Epidemiology of gallbladder disease: cholelithiasis and cancer. *Gut Liver*. 2012;6: 172-187.
105. Nogueira L, Foerster C, Groopman J, et al. Association of aflatoxin with gallbladder cancer in Chile. *JAMA*. 2015;313(20):2075-7.
106. Pullarkat ST, Danley K, Bernstein L, Brynes RK, Cozen W. High lifetime incidence of adult acute lymphoblastic leukemia among Hispanics in California. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2009;18: 611-615.
107. Yamamoto JF, Goodman MT. Patterns of leukemia incidence in the United States by subtype and demographic characteristics, 1997-2002. *Cancer Causes Control*. 2008;19: 379-390.
108. Lim JY, Bhatia S, Robison LL, Yang JJ. Genomics of racial and ethnic disparities in childhood acute lymphoblastic leukemia. *Cancer*. 2014;120: 955-962.
109. Ross JA, Spector LG. Cancers in Children. En: Schottenfeld D, Fraumeni JF, editors. *Cancer Epidemiology and Prevention*. Nueva York: Oxford University Press, 2007:1251-1268.
110. Hunger SP, Lu X, Devidas M, et al. Improved survival for children and adolescents with acute lymphoblastic leukemia between 1990 and 2005: a report from the children's oncology group. *J Clin Oncol*. 2012;30: 1663-1669.
111. Bhatia S. Disparities in cancer outcomes: lessons learned from children with cancer. *Pediatr Blood Cancer*. 2011;56: 994-1002.
112. Harvey RC, Mullighan CG, Chen IM, et al. Rearrangement of CRLF2 is associated with mutation of JAK kinases, alteration of IKZF1, Hispanic/Latino ethnicity, and a poor outcome in pediatric B-progenitor acute lymphoblastic leukemia. *Blood*. 2010;115: 5312-5321.

113. Yang JJ, Cheng C, Devidas M, et al. Ancestry and pharmacogenomics of relapse in acute lymphoblastic leukemia. *Nat Genet.* 2011;43: 237-241.
114. Wilkinson JD, Fleming LE, MacKinnon J, et al. Lymphoma and lymphoid leukemia incidence in Florida children: ethnic and racial distribution. *Cancer.* 2001;91: 1402-1408.
115. World Cancer Research Fund. Preventability Estimates. Disponible en URL: <http://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/preventability-estimates> [accessed September 10, 2015].
116. Willett WC, Colditz GA, Mueller NE. Strategies for minimizing cancer risk. *Scientific American.* 1996;275: 88-91, 94-85.
117. Colditz GA DW, Hunter DJ, Trichopoulos D, Willett WC, eds. Harvard Report on Cancer Prevention. Volume 1: Causes of human cancer. *Cancer Causes Control.* 1996;7 Suppl 1: S3-59.
118. Shanks TG, Burns DM. *Disease consequences of cigar smoking. National Cancer Institute, Smoking and Tobacco Control, Monograph 9: Cigars- Health Effects and Trends.* Washington, DC: National Institutes of Health, 1998.
119. Reynolds P. Smoking and Breast Cancer. *J Mammary Gland Biol Neoplasia.* 2013;18: 15-23.
120. Gaudet MM, Gapstur SM, Sun J, Diver WR, Hannan LM, Thun MJ. Active smoking and breast cancer risk: original cohort data and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst.* 2013;105: 515-525.
121. Agaku IT, King BA, Husten CG, et al. Tobacco product use among adults – United States, 2012-2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2014;63: 542-547.
122. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observation on male British doctors. *BMJ.* 2004;328: 1519-1527.
123. Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *Am J Prev Med.* 2008;35: 158-176.
124. Centers for Disease Control and Prevention. Quitting smoking among adults—United States, 2001-2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2011;60: 1513-1519.
125. US Preventive Services Task Force. Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2009;150: 551-555.
126. Asociación Americana del Pulmón. Tobacco Cessation Treatment: What is Covered? : American Lung Association 2012.
127. Zhu SH, Nguyen QB, Cummins S, Wong S, Wightman V. Non-smokers seeking help for smokers: a preliminary study. *Tob Control.* 2006;15: 107-113.
128. Brothers BM, Borrelli B. Motivating Latino smokers to quit: does type of social support matter? *Am J Health Promot.* 2011;25: S96-102.
129. Rhodes SD, Foley KL, Zometa CS, Bloom FR. Lay health advisor interventions among Hispanics/Latinos: a qualitative systematic review. *Am J Prev Med.* 2007;33: 418-427.
130. Centers for Disease Control and Prevention. Youth Online: High School YRBS. Disponible en URL: <http://nccd.cdc.gov/youthonline/App/Default.aspx> [accessed September 15, 2014].
131. Parrinello CM, Isasi CR, Xue X, et al. Risk of Cigarette Smoking Initiation During Adolescence Among US-Born and Non-US-Born Hispanics/Latinos: The Hispanic Community Health Study/Study of Latinos. *Am J Public Health.* 2015;105: 1230-1236.
132. Hussey JM, Hallfors DD, Waller MW, Iritani BJ, Halpern CT, Bauer DJ. Sexual behavior and drug use among Asian and Latino adolescents: association with immigrant status. *J Immigr Minor Health.* 2007;9: 85-94.
133. Caraballo RS, Yee SL, Gfroerer JC, Pechacek TF, Henson R. Tobacco use among racial and ethnic population subgroups of adolescents in the United States. *Prev Chronic Dis.* 2006;3: A39.
134. Arrazola RA, Singh T, Corey CG, et al. Tobacco use among middle and high school students - United States, 2011-2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2015;64: 381-385.
135. Centers for Disease Control and Prevention. *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs-2014.* 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.
136. US Department of Health and Human Services. *Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General.* Atlanta, GA: US 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, 2000.
137. Robert Wood Johnson Foundation, American Cancer Society Cancer Action Network, Campaign for Tobacco-Free Kids, American Heart Association, Americans for Nonsmokers' Rights, and American Lung Association. *Broken Promises to Our Children: A State-by-State Look at the 1998 State Tobacco Settlement 16 Years Later.* Washington, DC, 2014.
138. US Department of Health and Human Services. *Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General.* Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease and Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health, 2012.
139. Institute of Medicine. *Ending the Tobacco Problem: A Blueprint for the Nation.* Washington, DC: The National Academies Press, 2007.
140. Fernandez S, Hickman N, Klonoff EA, et al. Cigarette advertising in magazines for Latinas, White women, and men, 1998-2002: a preliminary investigation. *J Community Health.* 2005;30: 141-151.
141. Iglesias-Rios L, Parascandola M. A historical review of R.J. Reynolds' strategies for marketing tobacco to Hispanics in the United States. *Am J Public Health.* 2013;103: e15-27.
142. Kushi LH, Doyle C, McCullough M, et al. American Cancer Society Guidelines on Nutrition and Physical Activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity (Guías de la Sociedad Americana Contra El Cáncer sobre nutrición y actividad para la prevención del cáncer: reducción del riesgo de cáncer con opciones de alimentos sanos y actividades físicas). *CA Cancer J Clin.* 2012;62(1): 30-67.
143. US Department of Health and Human Services, US Department of Agriculture. Dietary Guidelines for Americans. Disponible en URL: <http://www.health.gov/dietaryguidelines/2010.asp> [accessed September 20, 2011].
144. Harvie M, Howell A, Vierkant RA, et al. Association of gain and loss of weight before and after menopause with risk of postmenopausal breast cancer in the Iowa women's health study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2005;14: 656-661.
145. Eliassen AH, Colditz GA, Rosner B, Willett WC, Hankinson SE. Adult weight change and risk of postmenopausal breast cancer. *JAMA.* 2006;296: 193-201.
146. Teras LR, Goodman M, Patel AV, Diver WR, Flanders WD, Feigelson HS. Weight loss and postmenopausal breast cancer in a prospective cohort of overweight and obese US women. *Cancer Causes Control.* 2011;22: 573-579.
147. Byers T, Sedjo RL. Does intentional weight loss reduce cancer risk? *Diabetes Obes Metab.* 2011;13: 1063-1072.

148. Fryar CD, Carroll MD, Ogden CL. Prevalence of Overweight, Obesity, and Extreme Obesity Among Adults: United States, 1960-1962 through 2011-2012. Centro Nacional de Estadísticas sobre Salud. September 2014. Disponible en URL: http://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/obesity_adult_11_12/obesity_adult_11_12.pdf.
149. US Department of Health and Human Services. *The Surgeon General's Call to Action to Prevent and Decrease Overweight and Obesity*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, 2001.
150. Koplan JP, Liverman CT, Kraak VI (eds). *Preventing Childhood Obesity: Health in the Balance*. Washington, DC: The National Academies Press, 2005.
151. Centers for Disease Control and Prevention. Encuesta de Investigación sobre la Salud y la Nutrición de los Hispanos. Disponible en URL: <http://www.cdc.gov/nchs/nhanes.htm> [accessed May 23, 2014].
152. Patton GC, Coffey C, Carlin JB, et al. Overweight and obesity between adolescence and young adulthood: a 10-year prospective cohort study. *J Adolesc Health*. 2011;48: 275-280.
153. Centers for Disease Control and Prevention. About BMI for Children and Teens. Disponible en URL: http://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens_bmi/about_childrens_bmi.html [accessed October 23, 2014].
154. Kumanyika SK, Obarzanek E, Stettler N, et al. Population-based prevention of obesity: the need for comprehensive promotion of healthful eating, physical activity, and energy balance: a scientific statement from American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention, Interdisciplinary Committee for Prevention (formerly the expert panel on population and prevention science). *Circulation*. 2008;118: 428-464.
155. Institute of Medicine. *Accelerating Progress in Obesity Prevention: Solving the Weight of the Nation*. Washington, DC: The National Academies Press, 2012.
156. Sallis JF, Glanz K. Physical activity and food environments: solutions to the obesity epidemic. *Milbank Q*. 2009;87: 123-154.
157. Espinoza A, McMahan S, Naffzinger T, Wiersma L. Creating Playgrounds, Where Playgrounds Do Not Exist: A Community Based Approach. *Calif Health Promot*. 2012;10: 13-19.
158. World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research. *Continuous Update Project Report: Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Pancreatic Cancer*. Washington, DC: American Institute for Cancer Research, 2012.
159. Narod SA. Alcohol and Risk of Breast Cancer *JAMA*. 2011;306(17): 1920-1921.
160. Marin G, Marin MA. Differential perceptions of drinkers of alcoholic beverages by Mexican-Americans and non-Hispanic whites. *Subst Use Misuse*. 1997;32: 1369-1384.
161. Slone LB, Norris FH, Gutierrez Rodriguez F, Gutierrez Rodriguez Jde J, Murphy AM, Perilla JL. Alcohol use and misuse in urban Mexican men and women: an epidemiologic perspective. *Drug Alcohol Depend*. 2006;85: 163-170.
162. Mills BA, Caetano R. The Hispanic Americans Baseline Alcohol Survey (HABLAS): predictors of alcohol attitudes and expectancies in Hispanic national groups. *Alcohol Clin Exp Res*. 2010;34: 790-799.
163. Komro KA, Perry CL, Veblen-Mortenson S, et al. Outcomes from a randomized controlled trial of a multi-component alcohol use preventive intervention for urban youth: project northland Chicago. *Addiction*. 2008;103: 606-618.
164. Field C, Caetano R. The role of ethnic matching between patient and provider on the effectiveness of brief alcohol interventions with Hispanics. *Alcohol Clin Exp Res*. 2010;34: 262-271.
165. Wahl AM, Eitle TM. Gender, acculturation and alcohol use among Latina/o adolescents: a multi-ethnic comparison. *J Immigr Minor Health*. 2010;12: 153-165.
166. US Department of Health and Human Services. *The Surgeon General's Call to Action To Prevent and Reduce Underage Drinking*. Rockville, MD: Office of the Surgeon General (US), 2007.
167. Bonnie RJ, O'Connell ME (eds). *Reducing Underage Drinking: A Collective Responsibility*. Washington, DC: The National Academies Press, 2004.
168. Liddle HA, Rowe CL, Dakof GA, Henderson CE, Greenbaum PE. Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2009;77: 12-25.
169. Rowe CL, Liddle HA. Family-based treatment development for adolescent alcohol abuse. *Int J Adolesc Med Health*. 2006;18: 43-51.
170. Copello AG, Velleman RD, Templeton LJ. Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug Alcohol Rev*. 2005;24: 369-385.
171. Wroblewski LE, Peek RM, Jr., Wilson KT. *Helicobacter pylori* and gastric cancer: factors that modulate disease risk. *Clin Microbiol Rev*. 2010;23: 713-739.
172. Plummer M, Franceschi S, Vignat J, Forman D, de Martel C. Global burden of gastric cancer attributable to *pylori*. *Int J Cancer*. 2015;136: 487-490.
173. Suerbaum S, Michetti P. *Helicobacter pylori* infection. *N Engl J Med*. 2002;347: 1175-1186.
174. Ford AC, Forman D, Hunt RH, Yuan Y, Moayyedi P. *Helicobacter pylori* eradication therapy to prevent gastric cancer in healthy asymptomatic infected individuals: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2014;348: g3174.
175. Grad YH, Lipsitch M, Aiello AE. Secular trends in *Helicobacter pylori* seroprevalence in adults in the United States: evidence for sustained race/ethnic disparities. *Am J Epidemiol*. 2012;175: 54-59.
176. Tsai CJ, Perry S, Sanchez L, Parsonnet J. *Helicobacter pylori* infection in different generations of Hispanics in the San Francisco Bay Area. *Am J Epidemiol*. 2005;162: 351-357.
177. International Agency for Research on Cancer. *IARC Monograph on Biological Agents: A Review of Human Carcinogens*, Vol. 100b. Lyon (France): IARC, 2012.
178. Donato F, Boffetta P, Puoti M. A meta-analysis of epidemiological studies on the combined effect of hepatitis B and C virus infections in causing hepatocellular carcinoma (Un Meta-análisis de los Estudios Epidemiológicos sobre el Efecto Combinado de las Infecciones por el Virus de las Hepatitis B y C como causa del Carcinoma Hepatoceleular). *Int J Cancer*. 1998;75: 347-354.
179. de Sanjose S, Benavente Y, Vajdic CM, et al. Hepatitis C and non-Hodgkin lymphoma among 4784 cases and 6269 controls from the International Lymphoma Epidemiology Consortium. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2008;6: 451-458.
180. Engels EA, Cho ER, Jee SH. Hepatitis B virus infection and risk of non-Hodgkin lymphoma in South Korea: a cohort study. *Lancet Oncol*. 2010;11: 827-834.
181. Centers for Disease Control and Prevention. *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases*. 12th, 2nd printing ed. Washington DC: Public Health Foundation, 2012.
182. Wasley A, Kruszon-Moran D, Kuhnert W, et al. The prevalence of hepatitis B virus infection in the United States in the era of vaccination. *J Infect Dis*. 2010;202: 192-201.

183. Ioannou GN. Hepatitis B virus in the United States: infection, exposure, and immunity rates in a nationally representative survey. *Ann Intern Med.* 2011;154: 319-328.
184. Reagan-Steiner S, Yankey D, Jeyarajah J, et al. National, Regional, State, and Selected Local Area Vaccination Coverage Among Adolescents Aged 13–17 Years – United States, 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2015; 64(29): 784-792.
185. LeFevre ML, US Preventive Services Task Force. Screening for hepatitis B virus infection in nonpregnant adolescents and adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2014;161: 58-66.
186. Mast EE, Weinbaum CM, Fiore AE, et al. A comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) Part II: immunization of adults. *MMWR Recomm Rep.* 2006;55: 1-33.
187. Weinbaum CM, Williams I, Mast EE, et al. Recommendations for identification and public health management of persons with chronic hepatitis B virus infection. *MMWR Recomm Rep.* 2008;57: 1-20.
188. Kowdley KV, Wang CC, Welch S, Roberts H, Brosgart CL. Prevalence of chronic hepatitis B among foreign-born persons living in the United States by country of origin. *Hepatology.* 2012;56: 422-433.
189. Ott JJ, Stevens GA, Groeger J, Wiersma ST. Global epidemiology of hepatitis B virus infection: new estimates of age-specific HBsAg seroprevalence and endemicity. *Vaccine.* 2012;30: 2212-2219.
190. Armstrong GL, Wasley A, Simard EP, McQuillan GM, Kuhnert WL, Alter MJ. The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States, 1999 through 2002. *Ann Intern Med.* 2006;144: 705-714.
191. Moyer VA, US Preventive Services Task Force. Screening for hepatitis C virus infection in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2013;159: 349-357.
192. Denniston MM, Jiles RB, Drobeniuc J, et al. Chronic hepatitis C virus infection in the United States, National Health and Nutrition Examination Survey 2003 to 2010. *Ann Intern Med.* 2014;160: 293-300.
193. Smith BD, Morgan RL, Beckett GA, et al. Recommendations for the identification of chronic hepatitis C virus infection among persons born during 1945-1965. *MMWR Recomm Rep.* 2012; 61:1-32.
194. Kuniholm MH, Jung M, Everhart JE, et al. Prevalence of hepatitis C virus infection in US Hispanic/Latino adults: results from the NHANES 2007-2010 and HCHS/SOL studies. *J Infect Dis.* 2014;209: 1585-1590.
195. Ioannou GN, Bryson CL, Weiss NS, Miller R, Scott JD, Boyko EJ. The prevalence of cirrhosis and hepatocellular carcinoma in patients with human immunodeficiency virus infection. *Hepatology.* 2013;57: 249-257.
196. Ly KN, Xing J, Klevens RM, Jiles RB, Ward JW, Holmberg SD. The increasing burden of mortality from viral hepatitis in the United States between 1999 and 2007. *Ann Intern Med.* 2012;156: 271-278.
197. Satterwhite CL, Torrone E, Meites E, et al. Sexually transmitted infections among US women and men: prevalence and incidence estimates, 2008. *Sex Transm Dis.* 2013;40: 187-193.
198. Steinau M, Hariri S, Gillison ML, et al. Prevalence of cervical and oral human papillomavirus infections among US women. *J Infect Dis.* 2014;209: 1739-1743.
199. Gillison ML, Chaturvedi AK, Lowy DR. HPV prophylactic vaccines and the potential prevention of noncervical cancers in both men and women. *Cancer.* 2008;113: 3036-3046.
200. Hariri S, Unger ER, Powell SE, et al. Human papillomavirus genotypes in high-grade cervical lesions in the United States. *J Infect Dis.* 2012;206: 1878-1886.
201. Hariri S, Unger ER, Schafer S, et al. HPV type attribution in high-grade cervical lesions: assessing the potential benefits of vaccines in a population-based evaluation in the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2015;24: 393-399.
202. Einstein MH, Baron M, Levin MJ, et al. Comparison of the immunogenicity of the human papillomavirus (HPV)-16/18 vaccine and the HPV-6/11/16/18 vaccine for oncogenic non-vaccine types HPV-31 and HPV-45 in healthy women aged 18-45 years. *Hum Vaccin.* 2011;7: 1359-1373.
203. Saslow D, Castle P, Cox J, et al. American Cancer Society guideline for human papillomavirus (HPV) vaccine use to prevent cervical cancer and its precursor. *CA Cancer J Clin.* 2007;57: 7-28.
204. Smith RA, Manassaram-Baptiste D, Brooks D, et al. Cancer screening in the United States, 2015: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin.* 2015;65: 30-54.
205. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *Am J Clin Pathol.* 2012;137: 516-542.
206. Koh HK, Sebelius KG. Promoting prevention through the Affordable Care Act. *N Engl J Med.* 2010;363: 1296-1299.
207. Centers for Disease Control and Prevention. Vaccines for Children Program (VFC). Disponible en URL: <http://www.cdc.gov/vaccines/programs/vfc/providers/eligibility.html> [accessed September 22, 2014].
208. Walker AT, Smith PJ, Kolasa M. Reduction of racial/ethnic disparities in vaccination coverage, 1995-2011. *MMWR Surveill Summ.* 2014;63 Suppl 1: 7-12.
209. Jemal A, Simard EP, Dorell C, et al. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975-2009, featuring the burden and trends in human papillomavirus(HPV)-associated cancers and HPV vaccination coverage levels. *J Natl Cancer Inst.* 2013;105: 175-201.
210. Ylitalo KR, Lee H, Mehta NK. Health care provider recommendation, human papillomavirus vaccination, and race/ethnicity in the US National Immunization Survey. *Am J Public Health.* 2013;103: 164-169.
211. Reiter PL, Brewer NT, Gilkey MB, Katz ML, Paskett ED, Smith JS. Early adoption of the human papillomavirus vaccine among Hispanic adolescent males in the United States. *Cancer.* 2014;120: 3200-3207.
212. Smith JS, Brewer NT, Saslow D, et al. Recommendations for a national agenda to substantially reduce cervical cancer. *Cancer Causes Control.* 2013;24: 1583-1593.
213. Shiels MS, Cole SR, Kirk GD, Poole C. A meta-analysis of the incidence of non-AIDS cancers in HIV-infected individuals. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2009;52: 611-622.
214. Silverberg MJ, Chao C, Leyden WA, et al. HIV infection and the risk of cancers with and without a known infectious cause. *AIDS.* 2009;23: 2337-2345.
215. Grulich AE, van Leeuwen MT, Falster MO, Vajdic CM. Incidence of cancers in people with HIV/AIDS compared with immunosuppressed transplant recipients: a meta-analysis. *Lancet.* 2007;370: 59-67.
216. Centers for Disease Control and Prevention. HIV surveillance report, 2013; Vol. 25. Disponible en URL: <http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/surveillance/> [accessed July 17, 2015]
217. Wharam JF, Zhang F, Xu X, Landon BE, Ross-Degnan D. National trends and disparities in cervical cancer screening among commercially insured Women, 2001-2010. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2014;23: 2366-2373.

218. Smith RA, Cokkinides V, Brooks D, Saslow D, Shah M, Brawley OW. Cancer screening in the United States, 2011: A review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin.* 2011;61: 8-30.
219. Centro Nacional de Estadísticas sobre Salud. *Health, United States, 2013: With a Special Feature on Prescription Drugs.* Hyattsville, MD, 2014.
220. Adams EK, Breen N, Joski PJ. Impact of the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program on mammography and Pap test utilization among white, Hispanic, and African American women: 1996-2000. *Cancer.* 2007;109: 348-358.
221. Oeffinger KC, Fontham ETH, Etzioni R, et al. Breast cancer screening for women at average risk: 2015 guideline update from the American Cancer Society. *JAMA.* 2015. Published online October 20, 2015.
222. Breen N, Gentleman JF, Schiller JS. Update on mammography trends: comparisons of rates in 2000, 2005, and 2008. *Cancer.* 2011;117: 2209-2218.
223. Miranda PY, Tarraf W, Gonzalez P, Johnson-Jennings M, Gonzalez HM. Breast cancer screening trends in the United States and ethnicity. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2012;21: 351-357.
224. Warner ET, Tamimi RM, Hughes ME, et al. Time to diagnosis and breast cancer stage by race/ethnicity. *Breast Cancer Res Treat.* 2012;136: 813-821.
225. Levin B, Lieberman DA, McFarland B, et al. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *CA Cancer J Clin.* 2008;58: 130-160.
226. Klabunde CN, Cronin KA, Breen N, Waldron WR, Ambis AH, Nadel MR. Trends in colorectal cancer test use among vulnerable populations in the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2011;20: 1611-1621.
227. Bandi P, Cokkinides V, Smith RA, Jemal A. Trends in colorectal cancer screening with home-based fecal occult blood tests in adults ages 50 to 64 years, 2000-2008. *Cancer.* 2012;118: 5092-5099.
228. National Colorectal Cancer Roundtable. 80% by 2018. Disponible en URL: <http://ncrct.org/about/80-percent-by-2018/80-by-2018-press-kit/> [accessed September 9, 2014].
229. Wood DE, Eapen GA, Ettinger DS, et al. Lung cancer screening. *J Natl Compr Canc Netw.* 2012;10: 240-265.
230. Wender R, Fontham ET, Barrera E, Jr., et al. American Cancer Society lung cancer screening guidelines. *CA Cancer J Clin.* 2013;63: 107-117.
231. Doria-Rose VP, White MC, Klabunde CN, et al. Use of lung cancer screening tests in the United States: results from the 2010 National Health Interview Survey. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2012;21: 1049-1059.
232. Jerant AF, Arellanes RE, Franks P. Factors associated with Hispanic/non-Hispanic white colorectal cancer screening disparities. *J Gen Intern Med.* 2008;23: 1241-1245.
233. Jerant AF, Fenton JJ, Franks P. Determinants of racial/ethnic colorectal cancer screening disparities. *Arch Intern Med.* 2008;168: 1317-1324.
234. Centers for Disease Control and Prevention. National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program (NBCCEDP) - About the Program. Disponible en URL: <http://www.cdc.gov/cancer/nbccedp/about.htm> [accessed April 9, 2015].
235. Centers for Disease Control and Prevention. National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program (NBCCEDP) - National Aggregate. Disponible en URL: http://www.cdc.gov/cancer/nbccedp/data/summaries/national_aggregate.htm [accessed April 9, 2015].
236. Espinosa de Los Monteros K, Gallo LC. The relevance of fatalism in the study of Latinas' cancer screening behavior: a systematic review of the literature. *Int J Behav Med.* 2011;18: 310-318.
237. Chin MH, Walters AE, Cook SC, Huang ES. Interventions to reduce racial and ethnic disparities in health care. *Med Care Res Rev.* 2007;64: 7S-28S.
238. Garcia RZ, Carvajal SC, Wilkinson AV, et al. Factors that influence mammography use and breast cancer detection among Mexican-American and African-American women. *Cancer Causes Control.* 2012;23: 165-173.
239. Coronado GD, Golovaty I, Longton G, Levy L, Jimenez R. Effectiveness of a clinic-based colorectal cancer screening promotion program for underserved Hispanics. *Cancer.* 2011;117: 1745-1754.
240. Jandorf L, Ellison J, Villagra C, et al. Understanding the barriers and facilitators of colorectal cancer screening among low income immigrant hispanics. *J Immigr Minor Health.* 2010;12: 462-469.
241. Smedley BD, Stith AY, Nelson AR (eds). *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care.* Washington, DC: National Academies Press, 2002.
242. Gresenz CR, Rogowski J, Escarce JJ. Community demographics and access to health care among U.S. Hispanics. *Health Serv Res.* 2009;44: 1542-1562.
243. Timmins CL. The impact of language barriers on the health care of Latinos in the United States: a review of the literature and guidelines for practice. *J Midwifery Womens Health.* 2002;47: 80-96.
244. Shavers VL, Klein WM, Fagan P. Research on race/ethnicity and health care discrimination: where we are and where we need to go. *Am J Public Health.* 2012;102: 930-932.
245. Abouzaid S, Maio V. The inequality in health care quality. *Am J Med Qual.* 2009;24: 182-184.
246. Gilbert, MJ. *Principles and Recommended Standards for Cultural Competence Education of Health Care Professionals.* Los Angeles: The California Endowment, 2002.
247. Cohen RA, Martinez ME. Health insurance coverage: Early estimates from the National Health Interview Survey, 2014. Centro Nacional de Estadísticas sobre Salud. June 2015. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/insur201506.pdf> [accessed July 14, 2015].
248. Escarce JJ, Kapur K. Access to and Quality of Health Care. En: *National Research Council (US) Panel on Hispanics in the United States. Hispanics and the Future of America.* Washington, DC: National Academies Press, 2006.
249. Hoerster KD, Mayer JA, Gabbard S, et al. Impact of individual-, environmental-, and policy-level factors on health care utilization among US farmworkers. *Am J Public Health.* 2011;101: 685-692.
250. Doty MM, Blumenthal D, Collins SR. The Affordable Care Act and health insurance for Latinos. *JAMA.* 2014;312: 1735-1736.
251. Passel JS, Cohn D. A Portrait of Unauthorized Immigrants in the United States 2009. Disponible en URL: <http://www.pewhispanic.org/2009/04/14/a-portrait-of-unauthorized-immigrants-in-the-united-states/> [accessed May 21, 2015].
252. Zuckerman S, Waidmann TA, Lawton E. Undocumented immigrants, left out of health reform, likely to continue to grow as share of the uninsured. *Health Aff (Millwood).* 2011;30: 1997-2004.
253. Sommers BD. Stuck between health and immigration reform—care for undocumented immigrants. *N Engl J Med.* 2013;369: 593-595.
254. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O, 2nd. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Rep.* 2003;118: 293-302.

255. Goode TD, Dunne MC, Bronheim SM. *The Evidence Base for Cultural and Linguistic Competency in Health Care*. Washington, DC: Georgetown University, 2006.
256. Turra CM, Elo IT. The Impact of Salmon Bias on the Hispanic Mortality Advantage: New Evidence from Social Security Data. *Popul Res Policy Rev*. 2008;27: 515-530.
257. Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) Program. SEER*Stat Database: NAACCR Incidence – CiNA Analytic File, 1995-2012, for NHIAv2 Origin, Custom File with County, ACS Facts & Figures Projection Project, North American Association of Central Cancer Registries. 2015.
258. Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) Program. SEER*Stat Database: Incidence - SEER 13 Regs Research Data, Nov 2014 Sub (1992-2012) <Katrina/Rita Population Adjustment> – Linked To County Attributes – Total U.S., 1969-2013 Counties, National Cancer Institute, DCCPS, Surveillance Research Program, Surveillance Systems Branch, released April 2015, based on the November 2014 submission.
259. Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) Program. SEER*Stat Database: Mortality – All COD, Aggregated With State, Total U.S. (1990-2012) <Katrina/Rita Population Adjustment>, National Cancer Institute, DCCPS, Surveillance Research Program, Surveillance Systems Branch, released April 2015. Underlying mortality data provided by NCHS (www.cdc.gov/nchs).
260. Chen HS, Portier K, Ghosh K, et al. Predicting US- and state-level cancer counts for the current calendar year: Part I: evaluation of temporal projection methods for mortality. *Cancer*. 2012;118: 1091-1099.
261. Arias E, Eschbach K, Schauman WS, Backlund EL, Sorlie PD. The Hispanic mortality advantage and ethnic misclassification on US death certificates. *Am J Public Health*. 2010;100 Suppl 1: S171-177.
262. Arias E, Schauman WS, Eschbach K, Sorlie PD, Backlund E. The validity of race and Hispanic origin reporting on death certificates in the United States. *Vital Health Stat 2*. 2008: 1-23.
263. Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) Program. SEER*Stat Database: Incidence – SEER 18 Regs Research Data + Hurricane Katrina Impacted Louisiana Cases, Nov 2014 Sub (1973-2012 varying) – Linked To County Attributes – Total U.S., 1969-2013 Counties, National Cancer Institute, DCCPS, Surveillance Research Program, Surveillance Systems Branch, released April 2015, based on the November 2014 submission.

Divisiones geográficas de American Cancer Society, Inc.

Para comunicarse con la Sociedad Americana Contra El Cáncer, llame al teléfono 1-800-227-2345.

California Division

1710 Webster Street
Oakland, CA 94612-3412

East Central Division (OH, PA)

Route 422 and Sipe Avenue
PO Box 897
Hershey, PA 17033-0897

Eastern Division (NJ, NY)

132 West 32nd Street
New York, NY 10001

Florida Division (incluidas las operaciones de Puerto Rico)

3709 West Jetton Avenue
Tampa, FL 33629-5146

Puerto Rico

Urb. La Merced
Calle Cabo Alverio #577
Esquina Sargento Medina
Hato Rey, PR 00918

Great West Division

**(AK, AZ, CO, ID, MT, ND, NM,
NV, OR, UT, WA, WY)**
1313 Broadway, Suite 100
Tacoma, WA 98402-3400

High Plains Division (GU, HI, KS, MO, NE, OK, TX)

2433 Ridgpoint Drive
Austin, TX 78754-5231

Lakeshore Division (IL, IN, MI)

1755 Abbey Road
East Lansing, MI 48823-1907

Mid-South Division (AL, AR, KY, LA, MS, TN)

1100 Ireland Way
Suite 300
Birmingham, AL 35205-7014

Midwest Division

(IA, MN, SD, WI)
950 Blue Gentian Road
Suite 100
Eagan, MN 55121-1577

New England Division (CT, ME, MA, NH, RI, VT)

30 Speen Street
Framingham, MA 01701-9376

South Atlantic Division (DE, GA, MD, NC, SC, VA, Washington, DC, WV)

250 Williams Street
Atlanta, GA 30303-1002

©2015, American Cancer Society, Inc.

N.º 862415

Los modelos se usan únicamente con propósitos ilustrativos.



cancer.org/espaol | 1.800.227.2345