

Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos 2018-2020



Contenido

Visión General	1	Factores de Riesgo para el Cáncer	21
Figura 1. Distribución de la Población Hispana como un Porcentaje de la Población Total del Condado	1	Tabla 6. Consumo Actual de Cigarrillos, Cigarrillos Electrónicos y Alcohol (%), Adultos de 18 Años de Edad en Adelante, EE. UU., 2017	22
Tabla 1. Probabilidad (%) de Presentar Cáncer Invasivo durante Intervalos de Edad Seleccionados, por Raza/Origen Étnico y Sexo, EE.UU., 2013-2015	2	Tabla 7. Consumo de Tabaco y de Alcohol (%), Estudiantes de Escuela Secundaria, EE. UU., 2017	23
Tabla 2. Principales Causas de Muerte en Hispanos y Blancos No Hispanos, EE. UU., 2016	3	Figura 8. Tendencias Actuales del Consumo de Cigarrillos (%), Estudiantes de Escuela Secundaria Hispanos y Blancos No Hispanos, EE. UU., 1999-2017	23
Figura 2. Principales Sitios de Nuevos Casos y Muertes por Cáncer en Hispanos – Estimaciones de 2018	4	Figura 9. Tendencias de Obesidad (%) en Mexicanos Estadounidenses y Blancos No Hispanos por Edad, EE. UU., 1976-2016	24
Figura 3. Tendencias en las Tasas de Incidencia y de Mortalidad para Todos los Tipos de Cáncer Combinados en Hispanos, EE. UU., 1990-2016	5	Figura 10. Exceso de Peso Corporal (%) en Hispanos y Blancos No Hispanos por Edad, EE. UU., 2015-2016	25
Tabla 3. Tasas de Incidencia y de Mortalidad para Cánceres Seleccionados, por Raza y Origen Étnico, EE. UU., 2011-2016	6	Detección del Cáncer	30
Tabla 4. Tasas de Incidencia y de Mortalidad para Cánceres Seleccionados, Puerto Rico, 2011-2015	7	Tabla 8. Uso de Exámenes Selectivos de Detección del Cáncer (%), Adultos, EE. UU., 2015	31
Principales Sitios del Cáncer	8	Factores que Influyen en la Salud: Estatus Socioeconómico, Valores Culturales y Creencias	34
Figura 4. Tendencias en las Tasas de Incidencia y de Mortalidad en Hispanos para Cánceres Seleccionados, EE. UU., 1990-2016	9	Tabla 9. Características Socioeconómicas (%) por Raza/Origen Étnico y Origen Hispano, EE. UU., 2012-2016	34
Figura 5. Distribución de Etapas para Cánceres Seleccionados en Hispanos y Blancos No Hispanos, EE. UU., 2011-2015	10	Tabla 10. Características de Acceso a la Atención Médica por Raza/Origen Étnico y Origen Hispano, EE. UU., 2016-2017	35
Figura 6. Tasas de Supervivencia por Causas Específicas a Cinco Años (%), EE. UU., 2008-2014	11	Cómo Salva Vidas la Sociedad Americana Contra El Cáncer	36
Sitios del Cáncer con Tasas Más Elevadas en Hispanos	14	Recursos Adicionales	40
El Cáncer en Niños y Adolescentes	17	Factores que Influyen en las Estadísticas del Cáncer en Hispanos	41
Tabla 5. Tasas de Incidencia del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia y Proporción de las Tasas Comparando Hispanos con Blancos No Hispanos, EE. UU., 2011-2015	18	Fuentes de Estadísticas	42
Figura 7. Comparación de las Tasas de Incidencia de los Cánceres Más Frecuentes de la Infancia y la Adolescencia por Raza/Origen Étnico, 0 a 19 Años de Edad, EE. UU., 2011-2015	19	Referencias	45

Esta publicación intenta resumir información científica actual sobre el cáncer. Excepto cuando se especifique, dicha publicación no representa la política oficial de la Sociedad Americana Contra El Cáncer.

Referencia sugerida: Sociedad Americana Contra El Cáncer™. *Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos 2018-2020.* Atlanta: Sociedad Americana Contra El Cáncer. 2018.

Sede central: Sociedad Americana Contra El Cáncer.
250 Williams Street, NW, Atlanta, GA 30303-1002
404-320-3333

©2018, Sociedad Americana Contra El Cáncer. Todos los derechos reservados, incluyendo el derecho a reproducir esta publicación o partes de la misma de cualquier forma.

Para obtener un permiso escrito, dirijase al Departamento legal de la Sociedad Americana Contra El Cáncer, 250 Williams Street, NW, Atlanta, GA 30303-1002.

Visión General

Introducción

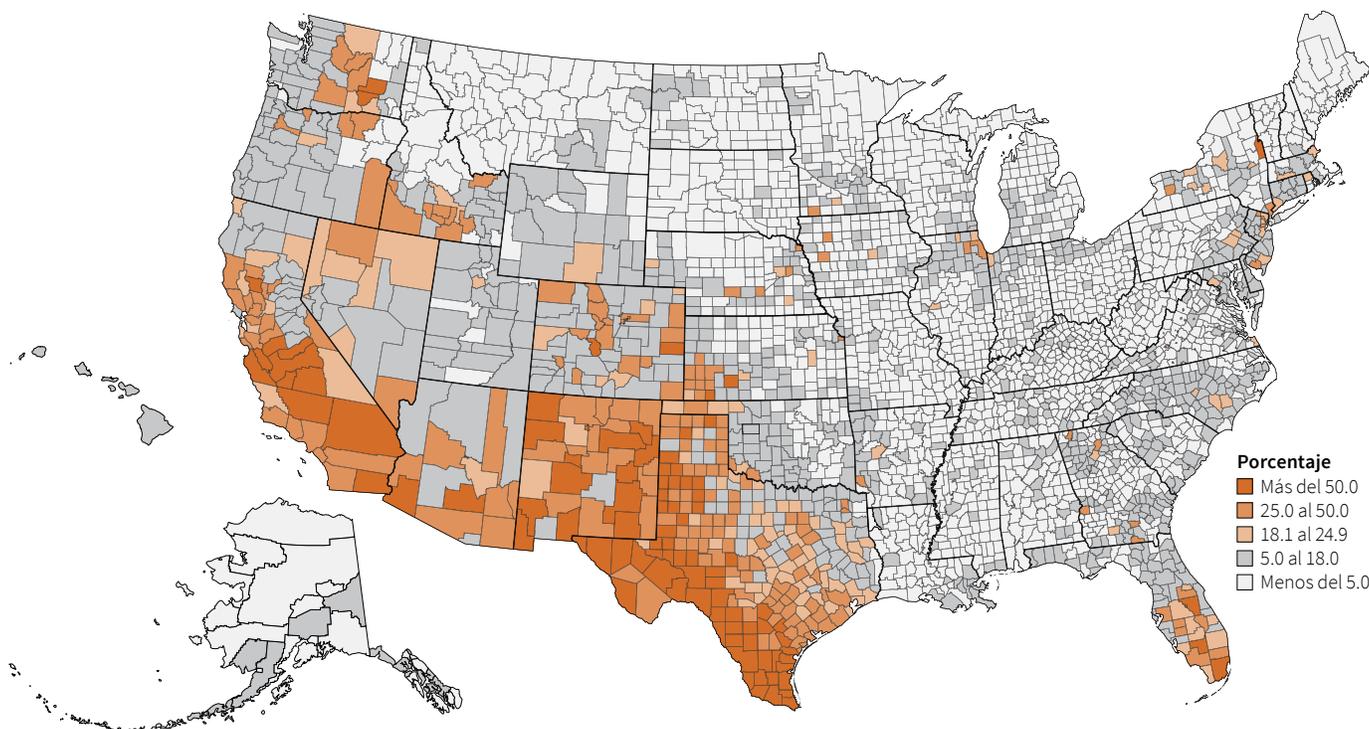
De acuerdo con los cálculos de la Oficina del Censo de los EE. UU., 57.5 millones de estadounidenses, o 18% de la población total en los EE. UU. continental y Hawái, se identificaron como hispanos o latinos en 2016.¹

Además, más de 3 millones de hispanoamericanos viven en Puerto Rico.² Los términos “hispano” y “latinx/o/a” se usan para hacer referencia a una persona de origen hispano. La palabra hispano es una designación federal de los EE. UU. social y políticamente construida que actualmente se define en sistemas de reporte nacional y estatal como un concepto separado de la raza; por consiguiente, las personas de origen hispano pueden auto-definirse como de cualquier raza. Latinx/o/a es un término auto-designado de origen étnico.

En este documento, hispano y latinx/a/o se usan indistintamente sin que exista preferencia ni prejuicio.

Los hispanos constituyen el grupo minoritario más grande y más joven en los EE. UU. y están aumentando rápidamente en tamaño poblacional. Se espera que la población hispana se duplique en las próximas cuatro décadas, impulsado casi exclusivamente por los nacimientos más que por la inmigración.¹ Si bien aproximadamente un tercio de los hispanos en los EE. UU. nacieron en el extranjero (es decir, nacieron fuera de los EE. UU. y de sus territorios, incluyendo Puerto Rico) en 2016, se espera que la proporción baje a menos de un cuarto para 2060. Los patrones de inmigración también han cambiado considerablemente desde principios de la década de 2000; durante la última década, la migración disminuyó por 6% desde México, pero aumentó por 25% desde los países de América Central de El Salvador, Guatemala y Honduras.³

Figura 1. Distribución de la Población Hispana como un Porcentaje de la Población Total del Condado



Fuente: Oficina del Censo de los EE. UU., estimaciones demográficas, 01 de julio de 2016. Publicado en 2017.

©2018, Investigación sobre la Vigilancia de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

La población hispana de los EE. UU. está concentrada en el oeste y en el sur (Figura 1), con más de la mitad de todos los hispanos viviendo en California (27%), Texas (19%) y Florida (9%).² A nivel nacional, la mayoría de los hispanos de los EE. UU. son de origen mexicano (63.2%), seguido de puertorriqueños (9.5%), cubanos (3.9%), salvadoreños (3.8%) y dominicanos (3.3%),⁴ aunque la distribución varía considerablemente según el estado. Por ejemplo, los mexicanos componen más del 80% de la población hispana en Texas y en California, pero solo el 15% en Florida, donde más de la mitad de la población hispana se identifica como cubana o puertorriqueña.

Este informe resume estadísticas sobre la ocurrencia del cáncer, factores de riesgo y detección para hispanos en los EE. UU. continental y en Hawái, así como también la incidencia y mortalidad para el territorio de Puerto Rico de los EE. UU., donde 99% de la población se identifica como hispana. Dicho informe tiene el objetivo de proporcionar información a líderes comunitarios,

trabajadores de salud pública y atención de la salud y otros interesados en la prevención, detección temprana y tratamiento del cáncer para los hispanos. Es importante tener en cuenta que la mayoría de los datos del cáncer en los EE. UU. se informan para los hispanos como un grupo global, enmascarando diferencias importantes entre subpoblaciones hispanas de acuerdo con el estatus de nacimiento (es decir, nacido en el extranjero en comparación con nacido en los EE. UU.), grado de aculturación y país de origen.

¿Qué Es el Cáncer?

El cáncer es un grupo de enfermedades caracterizadas por un crecimiento descontrolado y propagación de células anormales. Si la propagación no se controla, puede resultar en la muerte. El cáncer es causado por factores externos, tales como tabaco, organismos infecciosos y una dieta poco saludable, y por factores internos, tales como mutaciones genéticas hereditarias,

Tabla 1. Probabilidad (%) de Presentar Cáncer Invasivo durante Intervalos de Edad Seleccionados, por Raza/Orgen Étnico y Sexo, EE. UU., 2013-2015*

		<50 años		50 años en adelante		Todas las edades	
		Hispanos (%)	Blancos No Hispanos (%)	Hispanos (%)	Blancos No Hispanos (%)	Hispanos (%)	Blancos No Hispanos (%)
Todos los tipos de cáncert	Masculino/Hombre	2.6 (1 en 39)	3.8 (1 en 26)	36.3 (1 en 3)	40.3 (1 en 2)	36.1 (1 en 3)	39.9 (1 en 3)
	Femenino/Mujer	4.6 (1 en 22)	6.2 (1 en 16)	32.3 (1 en 3)	36.6 (1 en 3)	34.6 (1 en 3)	39.2 (1 en 3)
Seno	Femenino/Mujer	1.5 (1 en 65)	2.1 (1 en 48)	8.7 (1 en 12)	11.8 (1 en 8)	9.9 (1 en 10)	13.2 (1 en 8)
Colon y recto	Masculino/Hombre	0.3 (1 en 372)	0.4 (1 en 248)	4.5 (1 en 22)	4.3 (1 en 23)	4.5 (1 en 22)	4.3 (1 en 23)
	Femenino/Mujer	0.3 (1 en 380)	0.4 (1 en 270)	3.7 (1 en 27)	3.8 (1 en 26)	3.9 (1 en 26)	4.0 (1 en 25)
Riñón y pelvis renal	Masculino/Hombre	0.2 (1 en 497)	0.2 (1 en 410)	2.2 (1 en 45)	2.1 (1 en 48)	2.3 (1 en 43)	2.2 (1 en 46)
	Femenino/Mujer	0.2 (1 en 628)	0.2 (1 en 647)	1.3 (1 en 76)	1.1 (1 en 91)	1.4 (1 en 70)	1.2 (1 en 83)
Hígado y conducto biliar intrahepático	Masculino/Hombre	0.1 (1 en 1,206)	<0.1 (1 en 2,089)	2.4 (1 en 42)	1.2 (1 en 87)	2.3 (1 en 43)	1.1 (1 en 89)
	Femenino/Mujer	<0.1 (1 en 3,037)	<0.1 (1 en 3,708)	1.2 (1 en 87)	0.5 (1 en 215)	1.1 (1 en 87)	0.5 (1 en 212)
Pulmón y bronquio	Masculino/Hombre	0.1 (1 en 1,557)	0.2 (1 en 615)	4.6 (1 en 22)	7.4 (1 en 14)	4.4 (1 en 23)	7.0 (1 en 14)
	Femenino/Mujer	0.1 (1 en 1,454)	0.2 (1 en 555)	3.5 (1 en 28)	6.7 (1 en 15)	3.5 (1 en 29)	6.5 (1 en 15)
Próstata	Masculino/Hombre	0.1 (1 en 772)	0.2 (1 en 457)	10.9 (1 en 9)	11.2 (1 en 9)	10.4 (1 en 10)	10.6 (1 en 9)
Estómago	Masculino/Hombre	0.1 (1 en 1,074)	<0.1 (1 en 2,166)	1.6 (1 en 64)	0.9 (1 en 117)	1.6 (1 en 64)	0.8 (1 en 119)
	Femenino/Mujer	0.1 (1 en 1,111)	<0.1 (1 en 3,176)	1.1 (1 en 89)	0.4 (1 en 233)	1.2 (1 en 85)	0.4 (1 en 227)
Tiroides	Masculino/Hombre	0.1 (1 en 768)	0.2 (1 en 408)	0.4 (1 en 255)	0.5 (1 en 190)	0.5 (1 en 200)	0.7 (1 en 137)
	Femenino/Mujer	0.7 (1 en 139)	1.0 (1 en 104)	1.1 (1 en 90)	1.1 (1 en 95)	1.8 (1 en 56)	2.0 (1 en 51)
Cuello uterino	Femenino/Mujer	0.3 (1 en 346)	0.3 (1 en 353)	0.5 (1 en 185)	0.3 (1 en 340)	0.8 (1 en 123)	0.6 (1 en 177)
Cuerpo uterino	Femenino/Mujer	0.3 (1 en 316)	0.3 (1 en 347)	2.3 (1 en 43)	2.8 (1 en 36)	2.6 (1 en 39)	3.0 (1 en 34)

*Para quienes no presentan cáncer al inicio de cada intervalo de edades. †Se excluyen los cánceres de piel de células basales y de células escamosas y cánceres in situ, con excepción de la vejiga urinaria. NOTA: Es posible que los porcentajes y números "1 en" no sean equivalentes debido al redondeo. Las probabilidades que se presentan aquí se basan en las áreas de registro de SEER y pueden no representar las probabilidades para todos los hispanos del continente o de Puerto Rico. Para obtener más información, vea la sección sobre Factores que Influyen en las Estadísticas del Cáncer en los Hispanos, página 41.

Fuente: DevCan: Probability of Developing or Dying of Cancer Software, Version 6.7.6.⁶

©2018, Investigación sobre la Vigilancia de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

Tabla 2. Principales Causas de Muerte en Hispanos y Blancos No Hispanos, EE. UU., 2016

	Hispanos				Blancos no hispanos			
	Rango	Número de muertes	Porcentaje total de muertes	Tasa de mortalidad*	Rango	Número de muertes	Porcentaje total de muertes	Tasa de mortalidad*
Cáncer	1	39,263	21	110.8	2	466,467	22	160.7
Cardiopatías	2	37,799	20	116.5	1	500,631	23	168.5
Accidentes (lesiones no intencionadas)	3	15,711	8	31,3	4	121,641	6	53.8
Accidentes cerebrovasculares	4	10,283	5	32.3	5	107,491	5	36.1
Diabetes	5	8,546	5	25.0	7	53,399	3	18.5
Enfermedad de Alzheimer	6	6,833	4	24.4	6	97,779	5	31.8
Enfermedad hepática crónica y cirrosis	7	6,141	3	14.7	12	29,432	1	11.0
Enfermedad respiratoria crónica de vías bajas	8	5,287	3	17.3	3	135,268	6	46.0
Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	9	3,775	2	11,5	10	35,246	2	11.9
Auto lesiones intencionadas (suicidio)	10	3,668	2	6.7	9	36,531	2	17.0
Todas las causas		188,254	100	528.6		2,133,463	100	748.3

NH: No hispanos. Los datos no incluyen las muertes en Puerto Rico. *Las tasas son por cada 100,000 habitantes y están ajustadas por edad a la población estándar de los EE. UU. del año 2000. NOTA: Las tasas de mortalidad no son directamente comparables a las publicadas en años anteriores debido a datos actualizados de denominadores demográficos.

Fuente: Centro Nacional para Estadísticas de la Salud, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades 2018.

©2018, Investigación sobre la Vigilancia de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

hormonas y afecciones del sistema inmunitario. Estos factores pueden actuar en conjunto o en secuencia para causar el cáncer. A menudo pasan diez o más años entre la exposición a factores externos y el cáncer detectable. Las opciones de tratamiento para el cáncer incluyen cirugía, radiación, quimioterapia, terapia hormonal, inmunoterapia y terapia dirigida.

¿Se Puede Prevenir el Cáncer?

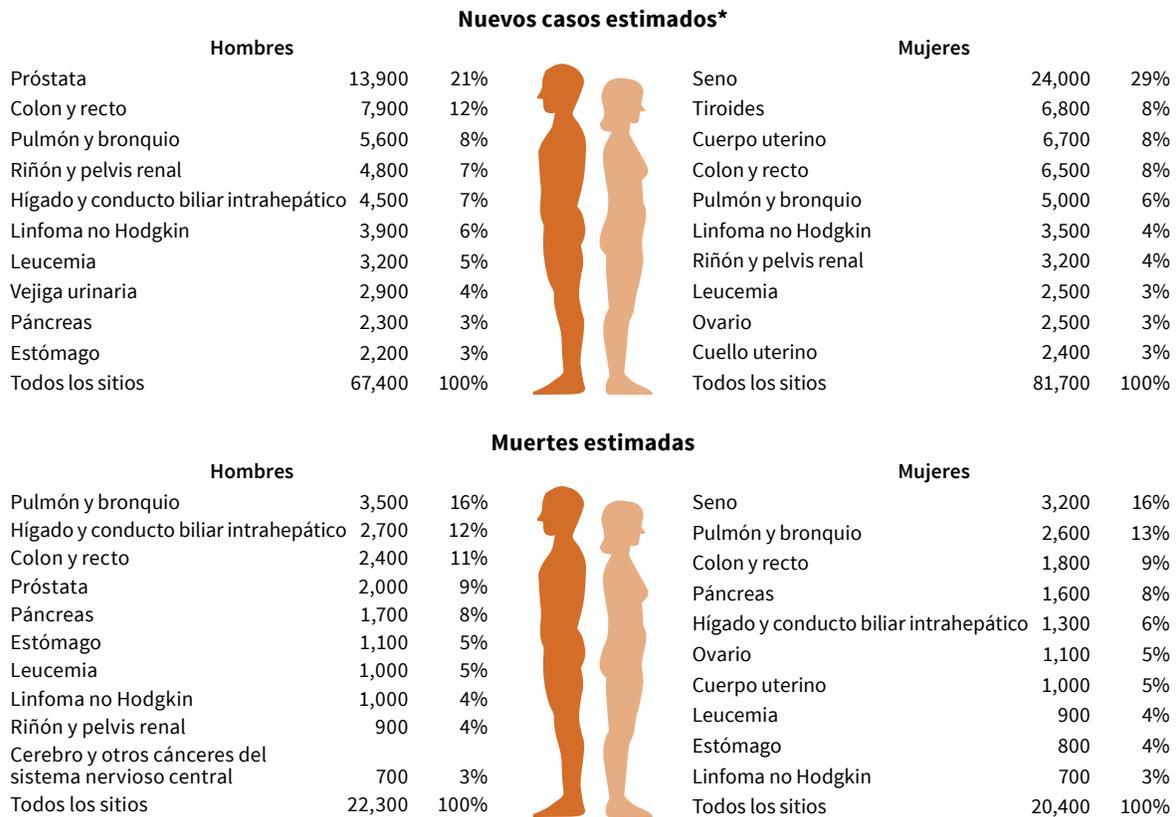
Entre todos los grupos raciales/étnicos combinados, aproximadamente 42% de los casos de cáncer y 45% de las muertes por cáncer en los EE. UU. probablemente podrían ser prevenidos mediante la adopción de estilos de vida más saludables.⁵ Específicamente, alrededor de 1 de cada 5 casos de cáncer se atribuye al tabaquismo; una proporción similar se atribuye a los efectos combinados de exceso de peso corporal, consumo de alcohol, dieta poco saludable e inactividad física. Muchos de los cánceres causados por organismos infecciosos también son evitables, ya sea previniendo la infección mediante vacunación o cambios de comportamiento, o bien tratando la infección. Para obtener más información sobre los factores de riesgo del cáncer, vea la página 21. Los exámenes selectivos de detección pueden prevenir cánceres colorrectal y de cuello uterino a

través de la detección y extirpación de crecimientos precancerosos y también pueden detectar cánceres de seno, colon y recto, cuello uterino y pulmón (en fumadores actuales o los que dejaron el hábito) en una etapa temprana, cuando el tratamiento por lo general es más exitoso. Para obtener más información sobre exámenes de detección de cáncer, vea la página 30.

¿Cuál Es el Riesgo de Presentar o de Morir de Cáncer?

El riesgo de ser diagnosticado con cáncer aumenta con la edad porque la mayoría de los cánceres requieren varios años para desarrollarse. Los hombres y las mujeres hispanas son menos propensos a ser diagnosticados con cáncer que los blancos no hispanos en general; aunque el riesgo varía según el tipo de cáncer (Tabla 1). Aproximadamente 1 de cada 3 hombres y mujeres hispanas serán diagnosticados con cáncer en su vida, en tanto la probabilidad vitalicia de morir de cáncer en los hispanos es de alrededor de 1 de cada 5 para los hombres y de 1 de cada 6 para las mujeres.⁶ A diferencia de los blancos no hispanos, el cáncer es la causa principal de muerte en los hispanos, representando el 21% de las muertes en 2016 (Tabla 2).

Figura 2. Principales Sitios de Nuevos Casos y Muertes por Cáncer en Hispanos – Estimaciones de 2018



*Los estimados han sido redondeados al ciento más cercano y excluyen los cánceres de piel de células basales y de células escamosas y cánceres in situ, con excepción de la vejiga urinaria. Las clasificaciones se basan en proyecciones modeladas y pueden diferir de los datos más recientes observados. Los estimados excluyen a Puerto Rico. ©2018, Investigación sobre la Vigilancia de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

¿Cuántos Casos Nuevos y Muertes por Cáncer Se Prevén en 2018?

Casos nuevos: Se espera que se diagnostiquen aproximadamente 67,400 nuevos casos de cáncer en hombres hispanos y 81,700 casos en mujeres hispanas en 2018 en los Estados Unidos (Figura 2). Estos cálculos no incluyen carcinoma in situ (cáncer no invasivo) de ningún sitio con excepción de la vejiga urinaria. Estos cálculos también excluyen cánceres de piel de células basales y de células escamosas, porque estos casos no requieren ser reportados a los registros del cáncer. Los cánceres de próstata (21%), colon y recto (12%) y pulmón (8%) son los cánceres más comúnmente diagnosticados en hombres hispanos, mientras que los cánceres de seno (29%), tiroides (8%) y cuerpo uterino (8%) son más comunes en las mujeres.

Muertes: En los hispanos, se prevé que aproximadamente 22,300 hombres y 20,400 mujeres mueran por cáncer en

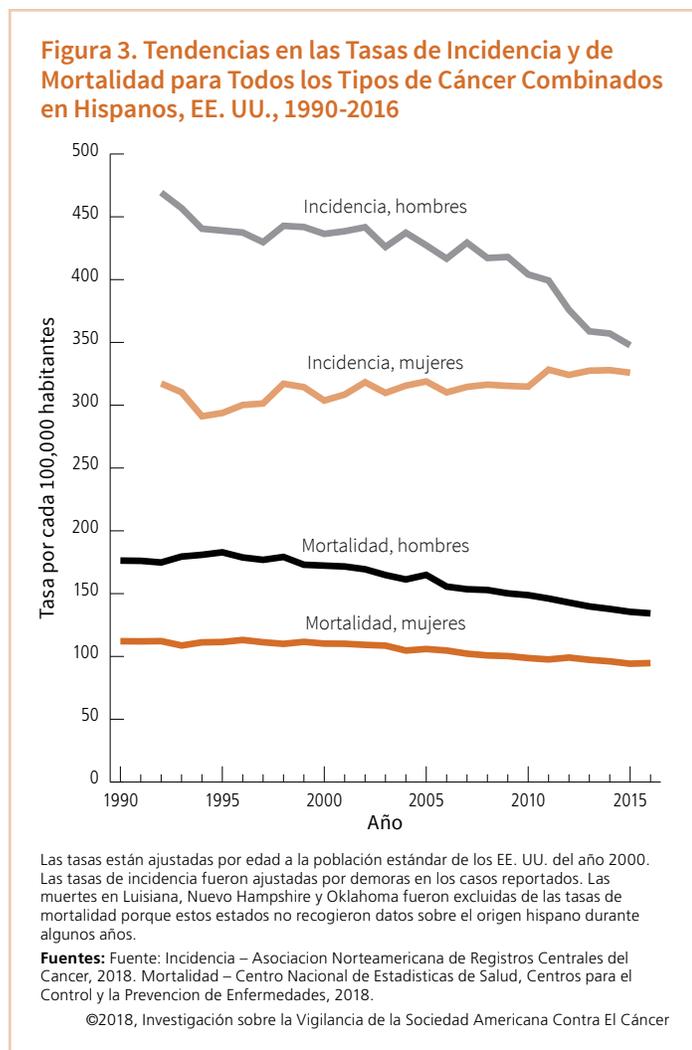
2018 (Figura 2). Se espera que el cáncer de pulmón represente alrededor del 16% de las muertes por cáncer en los hombres hispanos, seguido por los cánceres de hígado (12%) y de colon y recto (11%). En las mujeres hispanas, el cáncer de seno será la principal causa de muerte por cáncer (16%), seguida por los cánceres de pulmón (13%) y de colon y recto (9%). Sin embargo, en las mujeres de los EE. UU. en general, el cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer.

¿Cómo Han Cambiado las Tasas del Cáncer con el Tiempo?

Tendencias en las tasas de incidencia del cáncer: Los datos de incidencia del cáncer para los hispanos han estado disponibles desde 1992; sin embargo, las tendencias son algo difíciles de interpretar dado a la composición cambiante de la población debido a la inmigración. La disminución de las tasas en los hombres

coincidentes con el aumento lento de las tasas en las mujeres está resultando en una convergencia con el tiempo (Figura 3), aunque las tasas permanecieron alrededor de 14% más altas en los hombres en el periodo del 2011 al 2015 (Tabla 3). Durante los últimos 10 años de datos (2006-2015), las tasas de incidencia en los hombres hispanos disminuyeron por un promedio de 2.3% por año, similar a las disminuciones en los hombres blancos no hispanos; en las mujeres hispanas, las tasas aumentaron por 0.4% por año pero es probable que se hayan estabilizado en los últimos años, lo cual es similar a la tendencia en las mujeres blancas no hispanas.⁷ En la Figura 4, se muestran las tendencias a largo plazo en las tasas de incidencia del cáncer en los hispanos, página 9.

Tendencias en las tasas de mortalidad por cáncer: Aunque la disminución en las tasas de mortalidad por cáncer en los EE. UU. en general empezó en 1991, esta



disminución no empezó en los hispanos sino hasta fines de la década de 1990 (Figura 3). Las tasas de mortalidad para todos los cánceres combinados en los hispanos disminuyeron de 2007 a 2016 por un promedio de 1.6% por año en los hombres y por 1.0 % por año en las mujeres, muy similar a las disminuciones en los blancos no hispanos. Las tendencias para cánceres seleccionados se muestran en la Figura 4.

Principales Diferencias en la Carga del Cáncer por Raza y Origen Étnico

Tasas de Incidencia y de Mortalidad

La Tabla 3 muestra las diferencias en las tasas de incidencia y de mortalidad por cáncer entre los hispanos y los demás grupos raciales/étnicos principales ampliamente definidos para cánceres seleccionados en los EE. UU. Aunque hay una gran variación dentro de estos grupos, las tasas de cáncer en los hispanos son muy similares a las de los asiáticos/isleños del Pacífico, quienes tienen las tasas más bajas en general. En comparación con los blancos no hispanos, los hispanos tienen tasas más bajas de los cuatro cánceres más comunes (cánceres de seno femenino, colorrectal, pulmón y próstata) pero tienen tasas más altas de cánceres relacionados con infecciones (de estómago, hígado, cuello uterino cervical) y cáncer de vesícula biliar (Tabla 3), lo que generalmente refleja el riesgo de cáncer en los países latinoamericanos de origen.⁸

Sin embargo, los residentes de los EE. UU. de mucho tiempo y los descendientes de inmigrantes hispanos tienen tasas para algunos tipos de cáncer que se aproximan o superan a las de los blancos no hispanos debido a la aculturación,⁹⁻¹¹ la cual es la adopción de actitudes, valores, hábitos, creencias y comportamientos del país anfitrión. Los efectos de la aculturación pueden estar asociados con influencias tanto positivas como negativas sobre la salud y la medida en que esto ocurre varía por sexo y subgrupo hispano.^{12,13} En comparación con su país de origen, es posible que los inmigrantes hayan mejorado su acceso a servicios de atención médica y de prevención, no obstante puede que también hayan adoptado comportamientos poco saludables tales como tabaquismo, consumo excesivo de alcohol y disminución

Tabla 3. Tasas de Incidencia y de Mortalidad* para Cánceres Seleccionados, por Raza y Origen Étnico, EE. UU., 2011-2016

	Hispano/Latino	Blanco no hispano	Negro no hispano	Asiático/Isleño del Pacífico	Indígena Americano y Nativo de Alaskat	
INCIDENCIA, 2011-2015	Todos los sitios					
	Masculino/Hombre	377.6	505.5	549.1	298.9	418.4
	Femenino/Mujer	329.9	438.4	407.0	290.3	386.9
	Seno (femenino)	93.0	130.1	126.5	92.9	100.9
	Colon y recto					
	Masculino/Hombre	41.7	44.6	55.2	36.1	49.8
	Femenino/Mujer	28.8	34.2	40.7	26.4	40.1
	Vesícula biliar					
	Masculino/Hombre	1.2	0.7	1.4	1.1	2.0
	Femenino/Mujer	2.5	1.1	2.0	1.5	2.9
	Riñón y pelvis renal					
	Masculino/Hombre	21.1	22.5	25.4	11.1	29.9
	Femenino/Mujer	12.2	11.4	13.1	5.1	17.4
	Hígado y conducto biliar intrahepático					
	Masculino/Hombre	19.7	10.3	17.6	19.9	20.9
	Femenino/Mujer	7.8	3.6	5.2	7.4	9.5
	Pulmón y bronquio					
	Masculino/Hombre	39.2	74.3	85.4	44.5	69.3
Femenino/Mujer	24.6	57.4	49.2	27.8	55.7	
Próstata	91.6	101.7	179.2	56.0	73.1	
Estómago						
Masculino/Hombre	12.5	7.8	14.1	13.7	11.2	
Femenino/Mujer	7.7	3.5	7.7	8.0	6.1	
Tiroides						
Masculino/Hombre	5.4	8.2	3.9	7.3	4.6	
Femenino/Mujer	20.6	23.0	14.0	21.8	15.3	
Cuello uterino	9.6	7.1	9.2	6.0	9.2	
MORTALIDAD, 2012-2016	Todos los sitios					
	Masculino/Hombre	138.2	197.3	239.8	119.1	178.8
	Femenino/Mujer	96.4	141.8	160.4	87.0	126.8
	Seno (femenino)	14.3	20.6	28.9	11.3	14.5
	Colon y recto					
	Masculino/Hombre	14.4	16.6	24.5	11.7	19.5
	Femenino/Mujer	8.8	11.9	16.0	8.4	13.1
	Vesícula biliar					
	Masculino/Hombre	0.6	0.4	0.7	0.6	1.1
	Femenino/Mujer	1.2	0.6	1.0	0.7	1.6
	Riñón y pelvis renal					
	Masculino/Hombre	5.0	5.7	5.6	2.7	8.2
	Femenino/Mujer	2.3	2.4	2.3	1.1	3.8
	Hígado y conducto biliar intrahepático					
	Masculino/Hombre	13.3	8.3	13.6	13.9	14.6
	Femenino/Mujer	6.0	3.4	4.8	5.8	7.5
	Pulmón y bronquio					
	Masculino/Hombre	25.3	54.1	63.9	30.3	42.7
Femenino/Mujer	13.1	37.9	33.3	17.4	29.9	
Próstata	15.9	18.1	39.8	8.6	19.1	
Estómago						
Masculino/Hombre	6.5	3.3	8.4	6.8	7.0	
Femenino/Mujer	4.0	1.7	3.9	4.2	3.7	
Tiroides						
Masculino/Hombre	0.6	0.5	0.4	0.5	0.5	
Femenino/Mujer	0.7	0.4	0.6	0.6	0.4	
Cuello uterino	2.6	2.1	3.6	1.7	2.8	

El origen hispano no es mutuamente excluyente del origen Asiático/Isleño del Pacífico o Indígena Americano/Nativo de Alaska *Las tasas son por cada 100,000 habitantes y están ajustadas por edad a la población estándar de los EE.UU. del año 2000. Las tasas excluyen los datos de Puerto Rico. †Datos basados en Condados del Área de Prestación de Servicios de Salud del Contrato de Servicio de Salud Indígena (Indian Health Service Contract Health Service Delivery Area counties).

Fuente: Incidencia – Asociación Norteamericana de Registros Centrales del Cáncer, 2018. Mortalidad – Centro Nacional de Estadísticas de Salud, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2018.

©2018, Investigación sobre la Vigilancia de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

Tabla 4. Tasas de Incidencia y de Mortalidad para Cánceres Seleccionados, Puerto Rico, 2011-2015

	Incidencia	Mortalidad
Todos los sitios		
Masculino/Hombre	412.8	152.7
Femenino/Mujer	325.7	94.6
Seno (femenino)	93.2	17.9
Colorrectal		
Masculino/Hombre	52.5	19.7
Femenino/Mujer	35.1	12.2
Riñón y pelvis renal		
Masculino/Hombre	11.4	2.6
Femenino/Mujer	5.5	1.1
Hígado y conducto biliar intrahepático		
Masculino/Hombre	12.8	9.2
Femenino/Mujer	4.2	3.6
Pulmón y bronquio		
Masculino/Hombre	24.7	19.8
Femenino/Mujer	12.3	8.9
Próstata	146.6	26.7
Estómago		
Masculino/Hombre	10.6	6.8
Femenino/Mujer	6.3	3.5
Cuello uterino	12.9	2.5

Las tasas son por cada 100,000 habitantes y están ajustadas por edad a la población estándar de los EE. UU. del año 2000. NOTA: Se debe tener precaución al comparar las tasas para Puerto Rico con las tasas para otros hispanos en los EE. UU., porque las últimas son para años de datos diferentes y son tasas globales que pueden ocultar la ocurrencia del cáncer en los puertorriqueños que viven en los EE. UU. continentales y en Hawái.

Fuentes: Incidencia – Asociación Norteamericana de Registros Centrales del Cáncer, 2018. Mortalidad – Centro Nacional de Estadísticas de Salud, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2018.

©2018, Investigación sobre la Vigilancia de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

de la calidad alimentaria. El índice de masa corporal promedio en los mexicanos, por ejemplo, es más alto entre quienes son nacidos en los EE. UU., es intermedio entre los residentes de larga data nacidos en el extranjero, y más bajos entre las personas nacidas en el extranjero que han vivido en los EE. UU. durante 15 años o menos.¹⁴ Los efectos de la aculturación pueden resultar en diferencias sorprendentes en los resultados del cáncer. Un estudio encontró que las tasas de mortalidad por cáncer en general entre los hombres hispanos nacidos en los EE. UU. en Texas fueron aproximadamente 60% más altas que las tasas entre sus homólogos nacidos en el extranjero (201 por cada 100,000 en comparación con 125, respectivamente, durante el periodo de 2008 a 2012).¹¹ Incluso la primera generación de hispanos a menudo muestra evidencias de aculturación, con tasas más altas que las de quienes están en su país de origen para los cánceres más comunes.^{9, 15}

Por consiguiente, el patrón del cáncer en el territorio de Puerto Rico de los EE. UU. es más similar al de los blancos no hispanos que al de los demás hispanos de los EE. UU. combinados (Tabla 4). Una excepción notable es el cáncer de pulmón, para el cual la tasa en Puerto Rico es un tercio de la de los blancos no hispanos y dos tercios de la de los demás hispanos de los EE. UU. En contraste, las tasas de incidencia de cáncer de próstata y de colon y recto en los hombres puertorriqueños fueron 44% y 18% más altas, respectivamente, que las de los blancos no hispanos durante el periodo de 2011 a 2015.

Etapa al Momento de Diagnóstico y Supervivencia

La etapa de la enfermedad describe la extensión o propagación del cáncer al momento del diagnóstico. La etapa local describe un cáncer invasivo que está confinado al órgano de origen, mientras que la etapa regional describe la enfermedad que se ha propagado a los órganos, tejidos circundantes o a los ganglios linfáticos cercanos y la etapa distante el cáncer que se ha propagado a órganos distantes y/o a los ganglios linfáticos distantes. Los hispanos por lo general son menos propensos que los blancos no hispanos a ser diagnosticados con cáncer en una etapa localizada, especialmente para el melanoma de la piel y el cáncer de seno femenino (Figura 5).

Una medida común para la supervivencia del cáncer es la supervivencia relativa, la cual es el porcentaje de pacientes de cáncer vivos a un tiempo especificado después del diagnóstico (normalmente de 5 años), dividido por el porcentaje que se prevé que esté vivo en ausencia del cáncer en base a expectativa de vida normal. Sin embargo, debido a que históricamente no ha habido disponibilidad de los datos de expectativa de vida para los hispanos, en este informe se usa una medida diferente, llamada supervivencia por causa específica. La supervivencia por causa específica es el porcentaje de personas que no han muerto debido a su cáncer dentro de los 5 años de diagnóstico. Las estadísticas de supervivencia no representan la proporción de personas que son curadas porque la muerte por cáncer puede ocurrir más de 5 años después del diagnóstico.

La **Figura 6** presenta la supervivencia por causa específica a cinco años en los hispanos y en los blancos no hispanos, las cuales son similares para la mayoría de los cánceres. La diferencia más grande es para el melanoma de piel; en los hombres, aproximadamente 88% de los blancos no hispanos sobreviven 5 años después del diagnóstico, en comparación a solo 79% de los hispanos. Esta desigualdad en supervivencia puede deberse a una mayor proporción de tumores más densos y de etapa más tardía al momento de diagnóstico en los hispanos.¹⁶ Además de la etapa, otros factores que causan desigualdades en la supervivencia del cáncer incluyen diferencias en el uso de exámenes selectivos de detección y en el acceso a

tratamiento oportuno de alta calidad. La menor precisión del seguimiento del estado vital del paciente, lo cual aumenta artificialmente la supervivencia, presenta un problema para las poblaciones con una gran proporción de personas nacidas en el extranjero, como los hispanos.¹⁷ Las comparaciones de supervivencia también pueden estar influenciadas por diferencias en la estructura etaria entre las poblaciones porque, a diferencia de la incidencia y de la mortalidad, las estadísticas de supervivencia en el presente no están ajustadas por edad. Para obtener más información, consulte Factores que Influyen en las Estadísticas del Cáncer en los Hispanos, página 41.

Principales Sitios del Cáncer

Seno Femenino

Casos Nuevos

El cáncer de seno es el cáncer más comúnmente diagnosticado en las mujeres hispanas, se espera que aproximadamente 24,000 casos sean diagnosticados en 2018. La tasa de incidencia de cáncer de seno aumentó en las mujeres hispanas de 2006 a 2015 (0.4% por año) en tanto se mantuvo estable en las blancas no hispanas, sin embargo, sigue siendo 29% más baja en las hispanas (**Tabla 3**). En la población hispana, los estudios han demostrado que el riesgo de cáncer de seno es aún más bajo en quienes son nacidos en el extranjero.¹⁸ Este patrón se atribuye mayormente a una prevalencia más alta de factores reproductivos asociados con el riesgo reducido de cáncer de seno en las hispanas, incluyendo la edad más temprana al dar a luz al primer hijo(a), mayor paridad y menor uso de terapia hormonal para la menopausia.¹⁹ Históricamente, las mujeres hispanas fueron más propensas que las mujeres blancas no hispanas a iniciar la lactancia materna, lo cual también reduce el riesgo, aunque los patrones actuales son similares.²⁰ La menor prevalencia de detección mediante mamografías en las mujeres hispanas puede que también contribuya a tasas de incidencia del cáncer de seno más bajas debido a una

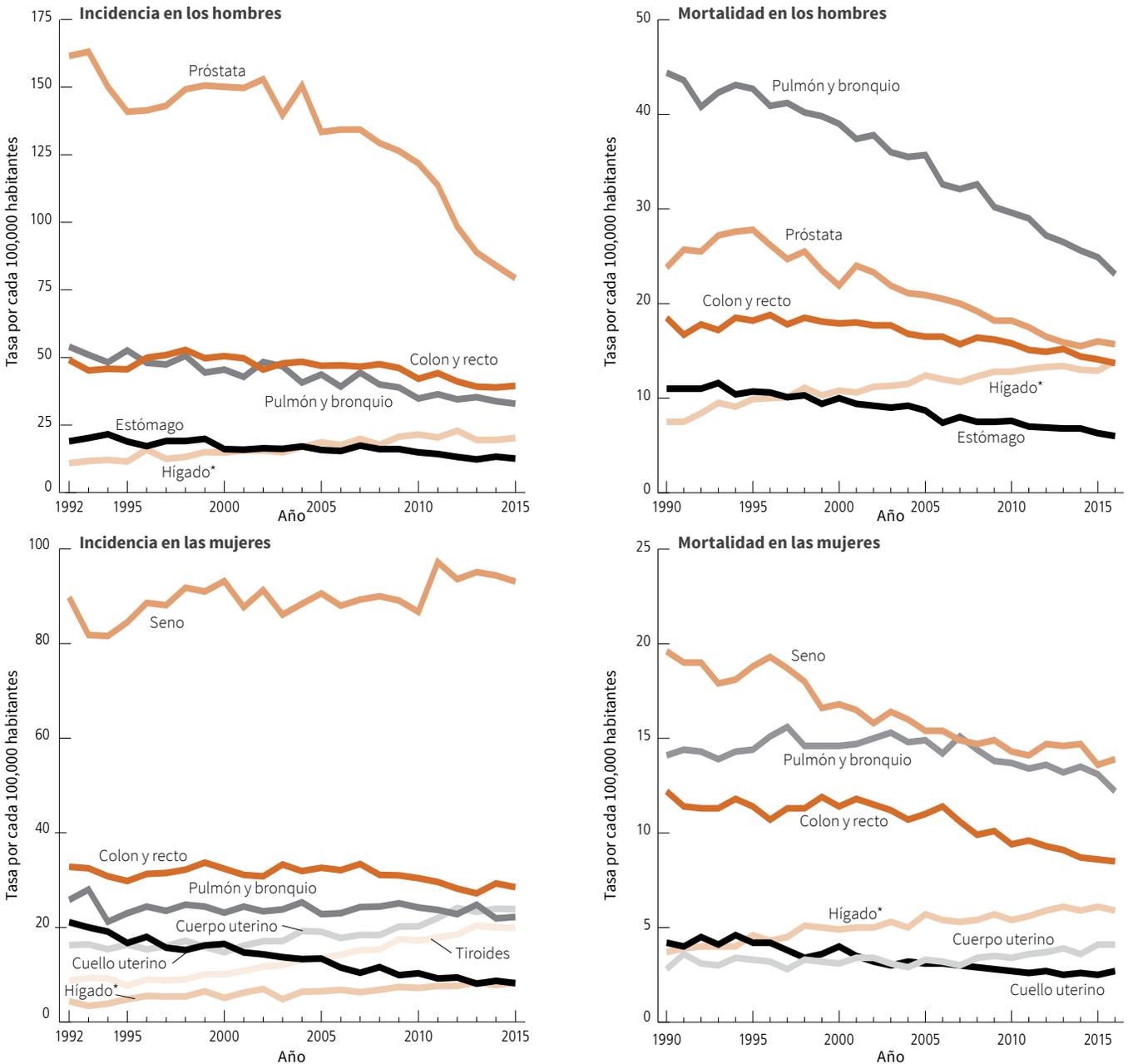
menor detección de lesiones asintomáticas en mujeres que no se han realizado exámenes de detección.^{21,22}

Prevención y Detección Temprana

Los factores de riesgo de cáncer de seno potencialmente modificables incluyen consumo de alcohol, uso de terapia hormonal postmenopáusica, inactividad física y aumento de peso después de los 18 años de edad y/o tener sobrepeso/obesidad (cáncer de seno postmenopáusico).²³ Los estudios indican que la relación que existen entre el exceso de peso corporal y el riesgo de cáncer de seno es por lo general similar entre las mujeres hispanas y las blancas no hispanas después de considerar las diferencias en el uso de terapia hormonal para la menopausia y el subtipo de tumor, aunque es necesario avanzar más en la investigación en este área.²⁴

La mamografía de detección puede detectar el cáncer de seno en una etapa temprana, cuando el tratamiento es por lo general menos extensivo y tiene más probabilidades de tener éxito. Para obtener más información sobre las mamografías, vea página 30.

Figura 4. Tendencias en las Tasas de Incidencia y de Mortalidad en Hispanos para Cánceres Seleccionados, EE. UU., 1990-2016



Las tasas están ajustadas por edad a la población estándar de los EE. UU. del año 2000. Las tasas de incidencia fueron ajustadas por demoras en los casos reportados. Las muertes en Luisiana, Nuevo Hampshire y Oklahoma fueron excluidas de las tasas de mortalidad porque estos estados no recogieron datos sobre el origen hispano durante algunos años. * Incluye conducto biliar intrahepático.

Fuente: Incidencia – Asociación Norteamericana de Registros Centrales del Cáncer, 2018. Mortalidad – Centro Nacional de Estadísticas de Salud, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2018.

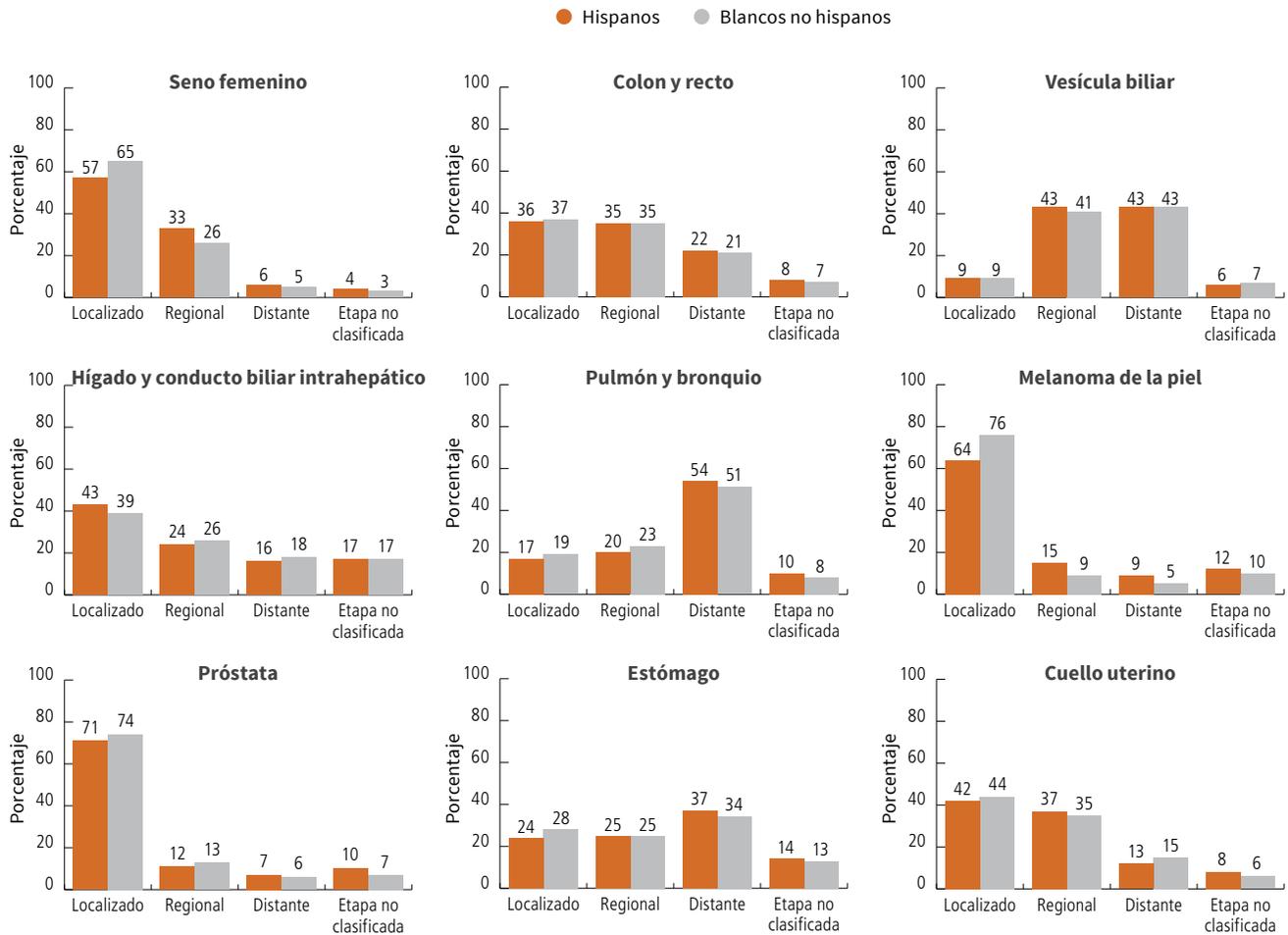
©2018, Investigación sobre la Vigilancia de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

Muertes

El cáncer de seno es la principal causa de mortalidad por cáncer en las mujeres hispanas, siendo que se prevé que haya aproximadamente 3,200 muertes en 2018. De 2007 a 2016, las tasas de mortalidad por

cáncer de seno disminuyeron por 1.1% por año en las mujeres hispanas y por 1.8% por año en las mujeres blancas no hispanas. Sin embargo, la disminución en las mujeres hispanas menores de 50 años de edad parece haberse estabilizado en los últimos años.²⁵

Figura 5. Distribución de Etapas para Cánceres Seleccionados en Hispanos y Blancos No Hispanos, EE. UU., 2011-2015



Los porcentajes podrían no sumar 100 debido al redondeo. Estos datos excluyen a Puerto Rico.

Fuente: Asociación Norteamericana de Registros Centrales del Cáncer (NAACCR), 2018

©2018, Investigación sobre la Vigilancia de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

La Distribución de la Etapa y la Supervivencia

El cáncer de seno tiene menos probabilidades de ser diagnosticado en una etapa local en las mujeres hispanas que en las mujeres blancas no hispanas, incluso después de considerar las diferencias en edad, situación socioeconómica y método de detección.^{26, 27} Durante el periodo de 2011 a 2015, 57% de los cánceres de seno en las mujeres hispanas fueron diagnosticados en una etapa local, en comparación con un 65% en mujeres blancas no hispanas (Figura 5). Las tasas más bajas de utilización de la mamografía y el retraso en el seguimiento de los resultados anormales de los exámenes de detección o de anomalías de los senos auto-detectadas en las mujeres hispanas probablemente contribuyen a esta diferencia.^{28, 29}

Las mujeres hispanas son menos propensas que las mujeres blancas no hispanas a recibir tratamiento apropiado y oportuno para el cáncer de seno,³⁰ aunque se ha demostrado que los programas de intervención que ayudan a mejorar la comunicación entre el cirujano, el oncólogo y el paciente reducen las disparidades.³¹ Las mujeres hispanas también son más propensas a ser diagnosticadas con tumores que son más grandes y con receptores de hormonas negativos, ambos son más difíciles de tratar.^{32, 33} Sin embargo, no se sabe con seguridad si las mujeres hispanas tienen una desventaja en cuanto a la supervivencia después de considerar estos factores,³³⁻³⁵ especialmente debido a las mayores dificultades que se presentan para obtener el estado vital de pacientes hispanos en los datos demográficos (vea la sección Factores que Influyen en las Estadísticas

del Cáncer en los Hispanos, página 41). La supervivencia por causa específica a cinco años para cáncer de seno en etapa local, regional y distante en las mujeres hispanas es de 96%, 85% y 32%, respectivamente.

Visite cancer.org/es para obtener información adicional sobre el cáncer de seno en la última edición de *Datos y Estadísticas sobre el Cáncer de Seno (Breast Cancer Facts & Figures)*.

Colon y Recto

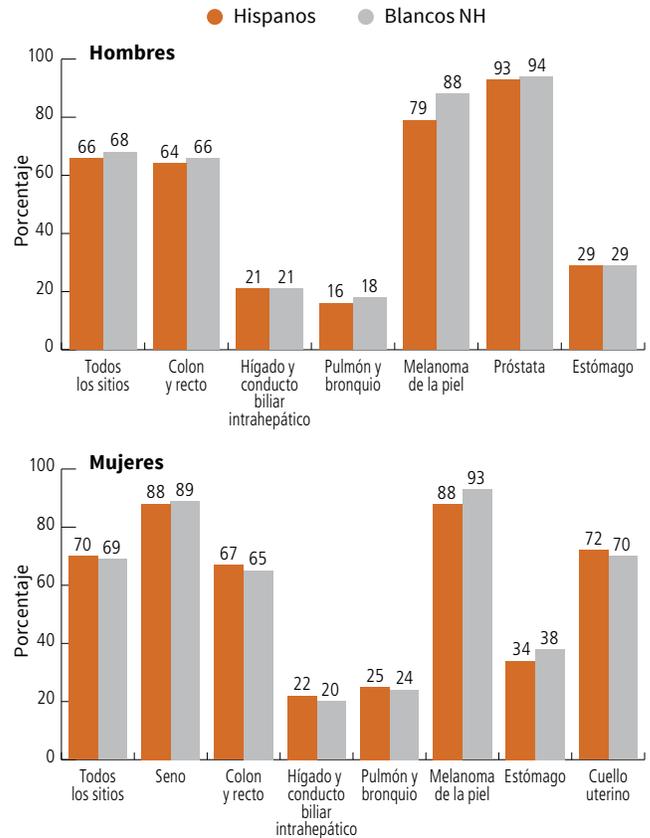
Casos Nuevos

Se prevé que aproximadamente 7,900 hombres hispanos y 6,500 mujeres hispanas serán diagnosticados con cáncer de colon o de recto (colorrectal) en 2018. Las tasas de incidencia de cáncer colorrectal (CCR) en los hispanos son 7% y 16% más bajas, respectivamente, que las tasas en los blancos no hispanos (Tabla 3), y han estado disminuyendo al menos desde mediados de la década de 1990. Desde 2006 hasta 2015, las tasas de incidencia disminuyeron por 1.6% por año en los hispanos, similar a las tendencias en los blancos no hispanos, a pesar que las tasas en los últimos años posiblemente se estén estabilizando en las mujeres.⁷ Sin embargo, las tasas de incidencia no están disminuyendo en todos los estados; por ejemplo, las tasas permanecen estables en los hombres hispanos en California, probablemente se debe en parte a la infrutilización de los exámenes de detección.³⁶

Prevención y Detección Temprana

Los factores modificables que aumentan el riesgo de CCR incluyen obesidad (especialmente abdominal), alto consumo de carnes rojas o procesadas, inactividad física (solo de cáncer de colon), fumar cigarrillos, consumo de alcohol en exceso, baja ingesta de calcio y muy baja ingesta de frutas y verduras.³⁷ Los factores hereditarios y de antecedentes personales que aumentan el riesgo incluyen diabetes tipo 2, enfermedad intestinal inflamatoria crónica (por ej., colitis ulcerativa o enfermedad de Crohn), ciertos síndromes hereditarios (por ej., síndrome de Lynch), y antecedentes personales o familiares de adenomas o de CCR.³⁸⁻⁴¹ En particular,

Figura 6. Tasas de Supervivencia por Causas Específicas a Cinco Años (%), EE. UU., 2008-2014



NH: no hispano. La supervivencia no ha sido ajustada por edad y está basada en los casos diagnosticados en las 18 áreas de SEER (con excepción del Registro de Nativos de Alaska) desde el 2008 al 2014, continuado hasta el 2015. NOTA: Las tasas de supervivencia de los hispanos deben interpretarse con prudencia. Para obtener más información, por favor lea la sección Factores que Influyen en las Estadísticas del Cáncer en Hispanos, página 41.

Fuente: Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER), Instituto Nacional del Cáncer 2018.

©2018, Investigación sobre la Vigilancia de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

los hispanos se ven desproporcionadamente afectados por el exceso de peso corporal y la diabetes tipo 2 (para obtener más información sobre obesidad y diabetes, vea las páginas 23 y 26, respectivamente).

La detección y extirpación de pólipos adenomatosos mediante exámenes de detección contribuye a la prevención de CCR y es recomendable que se inicie más temprano para los grupos que presentan riesgo más elevado tales como quienes tienen antecedentes familiares de CCR o de adenomas avanzados en uno o más familiares de primer grado.⁴² Las tasas de detección de CCR son más bajas en los hispanos en comparación con los blancos no hispanos. Para obtener más información sobre el CCR, vea página 31.

Muertes

Se prevé que aproximadamente 2,400 hombres hispanos y 1,800 mujeres hispanas mueran debido a CCR en 2018. El CCR es la tercera causa principal de muerte por cáncer en ambos hombres y mujeres hispanas. De 2007 a 2016, las tasas de mortalidad disminuyeron por aproximadamente 2% por año en los hispanos, lo cual se asemeja a la disminución en los blancos no hispanos. Los hombres y las mujeres hispanas tienen tasas de mortalidad por CCR que son 13% y 26% más bajas, respectivamente, que las de los blancos no hispanos, aunque existen desigualdades sorprendentes por la geografía y el estatus de nacimiento. Por ejemplo, en California, la tasa de mortalidad en hombres mexicanos nacidos en los EE.UU. es casi el doble de la de sus contrapartes nacidos en el extranjero (21 muertes por cada 100,000 en comparación con 12, respectivamente, durante el periodo de 2008 a 2012).¹⁰

La Distribución de la Etapa y la Supervivencia

La supervivencia por causa específica a cinco años en los hispanos para el CCR diagnosticado en una etapa localizada es de 91%, disminuyendo a 71% y a 16% para quienes son diagnosticados en etapas regional y distante, respectivamente. Una proporción similar de hispanos y de blancos no hispanos son diagnosticados con enfermedad localizada (36% y 37%, respectivamente) (Figura 5), pese a las tasas más bajas de detección y al menor acceso a atención médica oportuna en los hispanos.²¹

Visite cancer.org/es para obtener información adicional sobre el cáncer colorrectal en la última edición de *Datos y Estadísticas sobre el Cáncer Colorrectal (Colorectal Cancer Facts & Figures)*.

Pulmón y Bronquio

Casos Nuevos

Se prevé que aproximadamente 5,600 hombres hispanos y 5,000 mujeres hispanas sean diagnosticados con cáncer de pulmón y de bronquio (pulmonar) en 2018. Las tasas de incidencia del cáncer de pulmón en los hispanos son aproximadamente la mitad de las de los blancos no hispanos (Tabla 3) debido a la prevalencia

del consumo de cigarrillos tradicionalmente más baja y porque los fumadores hispanos son menos propensos a fumar a diario y más propensos a fumar menos cigarrillos en general.⁴³ Algunos estudios han sugerido que la propensión al cáncer de pulmón también puede diferir según la raza/origen étnico, especialmente a niveles bajos de tabaquismo,^{44,45} aunque en un estudio en mujeres las diferencias en el riesgo se redujeron en gran medida después de hacer un ajuste completo por factores socioeconómicos y clínicos.⁴⁶

De 2006 a 2015, las tasas de incidencia de cáncer de pulmón en los hombres disminuyeron por aproximadamente 2.0% por año en los hispanos, lo cual se asemeja a la disminución en los blancos no hispanos. Aunque los datos de los registros de SEER (Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales) sugieren que las tasas en las mujeres hispanas fueron estables durante este periodo de tiempo, un último informe basado en una cobertura poblacional más completa reportó una disminución de aproximadamente 1% por año en los últimos cinco años, lo que se asemeja a la tendencia en las mujeres blancas no hispanas.⁷ Las tasas de incidencia de cáncer de pulmón en mujeres jóvenes hispanas y blancas no hispanas actualmente superan a las tasas en los hombres jóvenes debido a la disminución más pronunciada en los hombres.⁴⁷

Prevención y Detección Temprana

Fumar cigarrillos es el principal factor de riesgo para el cáncer de pulmón, representando aproximadamente el 80% de las muertes por cáncer de pulmón en los EE. UU. en todas las razas/orígenes étnicos combinados.⁵ La mayoría de los cánceres de pulmón podría prevenirse aumentando el abandono del hábito en fumadores adultos y disminuyendo la iniciación del tabaquismo en los adolescentes. Después de 10 años de dejar de fumar, el riesgo de cáncer de pulmón en fumadores que dejaron el hábito es aproximadamente la mitad del riesgo en fumadores actuales.⁴⁸ Mientras que la prevalencia del tabaquismo en los hispanos en general es considerablemente más baja que en los blancos no hispanos, en los puertorriqueños que viven en los Estados Unidos, esta es actualmente similar (para obtener más información sobre el tabaquismo,

vea página 21). Se ha demostrado que la detección mediante tomografía computarizada helicoidal de baja dosis reduce la mortalidad en los fumadores con alto riesgo.⁴⁹ Para obtener información sobre la detección del cáncer de pulmón, vea página 33.

Muertes

Se prevé que en 2018 haya, en los hispanos, aproximadamente 3,500 muertes por cáncer de pulmón en los hombres y 2,600 en las mujeres. El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte en los hombres hispanos y la segunda causa principal en las mujeres hispanas. Las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón en las subpoblaciones hispanas varían considerablemente por país de origen, especialmente en los hombres, lo que refleja diferencias en los patrones históricos del tabaquismo. Por ejemplo, en un estudio en Florida, las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón en hombres cubanos, que tenían antecedentes de tabaquismo más marcados entre los subgrupos hispanos, fueron aproximadamente 50% más altas que las de los hombres puertorriqueños durante el periodo de 2008 a 2012 (49 por cada 100,000 en comparación con 33, respectivamente).⁵⁰

Desde 2007 hasta 2016, las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón disminuyeron por 3.5% anual en los hombres hispanos, muy similar a la disminución en los hombres blancos no hispanos, y por 1.4% en las mujeres hispanas, en comparación con 2.3% anual en las mujeres blancas no hispanas. La disminución más marcada en los hombres refleja disminuciones anteriores y más grandes en el tabaquismo en comparación con las mujeres, quienes empezaron a fumar en grandes cantidades aproximadamente 20 años después que los hombres.

La Distribución de la Etapa y la Supervivencia

La mayoría de los pacientes con cáncer de pulmón son diagnosticados en una etapa avanzada. Solo 17% de los hispanos son diagnosticados con una enfermedad localizada (Figura 5), para los cuales la supervivencia por causa específica a cinco años es de 63%, disminuyendo a 34% y a 6% para la enfermedad en etapa regional y distante, respectivamente. De forma similar a los blancos no hispanos, las mujeres hispanas tienen una

supervivencia al cáncer de pulmón a cinco años más alta que los hombres hispanos (25% en comparación con 16%, respectivamente; Figura 6), en parte esto se debe a que las mujeres son diagnosticadas con mayor frecuencia en una etapa más temprana. No obstante, las mujeres tienen tasas de supervivencia más altas que los hombres para todas las etapas del diagnóstico.

Próstata

Casos Nuevos

El cáncer de próstata es el cáncer más comúnmente diagnosticado en los hombres hispanos, siendo que en 2018 se prevé que tengan lugar 13,900 casos nuevos. Entre los principales grupos raciales/étnicos en los Estados Unidos, los hombres hispanos tienen tasas intermedias de incidencia del cáncer de próstata que son ligeramente más bajas que las de los blancos no hispanos (92 en comparación con 102 por cada 100,000, respectivamente) (Tabla 3). Las tasas de incidencia del cáncer de próstata disminuyeron por aproximadamente 6% por año en hispanos y en blancos no hispanos de 2006 a 2015, aunque las disminuciones se han acelerado en ambos grupos en los últimos años,⁷ lo que probablemente refleja las recomendaciones contra el análisis de antígeno prostático específico (APE o PSA por sus siglas en inglés) de rutina del Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los EE. UU. para hombres de 75 años en adelante en 2008 y en 2012 para todas las edades. Para obtener más información sobre exámenes de detección de cáncer de próstata, vea página 32.

Prevención y Detección Temprana

Los únicos factores de riesgo bien establecidos para el cáncer de próstata son el incremento de la edad, la ascendencia africana, determinadas condiciones genéticas hereditarias (por ej., síndrome de Lynch), y antecedentes familiares de la enfermedad. Cada vez más evidencias sugieren que la obesidad puede estar asociada a un mayor riesgo de presentar una enfermedad agresiva.⁵¹ En la actualidad, ninguna organización recomienda el APE de rutina para la detección temprana del cáncer de próstata. La Sociedad Americana Contra El Cáncer recomienda que los hombres que podrían beneficiarse al hacerse el análisis tengan la oportunidad

de tomar una decisión compartida con su proveedor de atención médica sobre si hacerse un examen de detección. Para obtener más información sobre la detección del cáncer de próstata la página 32.

Muertes

Se espera que en 2018 haya aproximadamente 2,000 muertes por cáncer de próstata en los hombres hispanos. La tasa de mortalidad durante 2012 a 2016 fue ligeramente más baja en los hombres hispanos (15.9 por cada 100,000) que en los hombres blancos no hispanos (18.1) (Tabla 3). Sin embargo, un estudio de Florida reportó una variación considerable en las subpoblaciones hispanas, con tasas en los dominicanos dos veces mayor a las de los mexicanos, puertorriqueños

y blancos no hispanos.⁵⁰ De 2007 a 2016, tasa de mortalidad disminuyó en los hispanos por 2.7% por año y en los blancos no hispanos por 2.1% por año.

La Distribución de la Etapa y la Supervivencia

Alrededor de 83% de los casos de cáncer de próstata en hispanos en comparación con 87% de los casos en blancos no hispanos son diagnosticados en una etapa localizada o regional (Figura 5), para lo cual la supervivencia por causa específica a 5 años es similar en ambos grupos (98% para la etapa localizada y 96% para la etapa regional). La supervivencia por causa específica a cinco años para la enfermedad en etapa distante disminuye a 35% en los hispanos y a 30% en los blancos no hispanos.

Sitios del Cáncer con Tasas Más Elevadas en Hispanos

Si bien los hispanos comparativamente tienen tasas bajas para los cánceres más comunes, ellos tienen tasas desmesuradamente altas para cánceres que están asociados a agentes infecciosos (por ej., cánceres de hígado, estómago y cuello uterino) y cáncer de vesícula biliar en comparación con los blancos no hispanos. Con excepción al cáncer de hígado, la incidencia y mortalidad para estos cánceres son generalmente más altas en Latinoamérica que en los EE. UU.^{52, 53}

Hígado y Conducto Biliar Intrahepático

Casos Nuevos

En 2018, aproximadamente 6,500 hispanos serán diagnosticados con cáncer de hígado y de conducto biliar intrahepático (hepático), presentándose más de dos tercios de los casos en los hombres. De manera similar a los demás grupos raciales/étnicos minoritarios, los hispanos tienen tasas de incidencia de cáncer de hígado que son casi el doble de las de los blancos no hispanos (Tabla 3). Algunos estudios recientes han sugerido que la aculturación juega un rol complejo en la carga desmesurada del cáncer de hígado en los hombres hispanos. Aunque los hombres hispanos

nacidos en los EE. UU. tienen tasas de incidencia del cáncer de hígado más altas que las de sus pares nacidos en el extranjero, las tasas en las mujeres hispanas son similares independientemente del lugar de nacimiento.⁵⁴ El aumento de larga data en la incidencia del cáncer de hígado parece estar disminuyendo en los hombres hispanos; de 2006 a 2015 las tasas fueron estables en los hombres hispanos pero aumentaron anualmente por 2.8% en las mujeres hispanas y por 3.0% y 4.0% en los hombres y las mujeres blancas no hispanas, respectivamente. Un análisis reciente indica que las tasas en general para todas las razas combinadas pueden estar alcanzando un nivel máximo.⁵⁵

Prevención

La infección crónica con el virus de hepatitis C (VHC) y/o el virus de hepatitis B (VHB) aumenta considerablemente el riesgo de presentar cáncer de hígado. Los hispanos que tienen una infección crónica con el VHC pueden ser especialmente vulnerables a presentar cirrosis (formación de cicatrices en el hígado que pueden promover el desarrollo del cáncer de hígado).⁵⁶ Si bien la prevención primaria de la infección se logra mediante la vacunación contra el VHB, el tratamiento de la infección crónica con el VHB y/o el VHC puede reducir el riesgo

de presentar cáncer de hígado.^{57,58} La transmisión de ambas infecciones es potencialmente prevenible a través de medidas de salud pública, tales como tamizaje de donantes de sangre, órganos, tejidos y semen y programas de intercambio de agujas y jeringas. Además, se recomienda hacerse exámenes de detección por única vez para la infección crónica con VHC para las personas nacidas entre 1945 y 1965. Para obtener más información sobre la VHB y la VHC, vea página 27.

La infección crónica con VHC es una causa de cáncer de hígado más común que la infección crónica con VHB en ambos, los EE. UU. (en todas las razas /grupos étnicos combinados) y en Latinoamérica, con excepción de la región Andina.^{52,59} La exposición a las aflatoxinas (un veneno producido por un hongo que puede cultivarse en los alimentos almacenados en condiciones de humedad y calor) aumenta más el riesgo de presentar cáncer de hígado en personas con infección crónica con VHB/VHC y también es un factor de riesgo importante independientemente de la infección con VHB/VHC en algunos países latinoamericanos tal como México.⁶⁰

Aunque la infección crónica con VHB/VHC es el factor de riesgo más fuerte para el cáncer de hígado, una proporción más grande de casos en los EE. UU. en todas las razas/grupos étnicos combinados se debe a factores de riesgo más predominantes tales como exceso de peso corporal, alto consumo de alcohol, tabaquismo y trastornos metabólicos.^{5,61} No obstante, las causas de cáncer de hígado en los hispanos tienden a diferir considerablemente según el sexo, el lugar de nacimiento y el subgrupo. Por ejemplo, aunque la prevalencia general de VHC crónica es similar entre blancos no hispanos e hispanos,⁶² un estudio encontró que los puertorriqueños que viven en los EE. UU. continentales o en Hawái tenían una prevalencia más alta de infección crónica con VHC que los demás subgrupos hispanos (Para obtener más información sobre la infección con VHC, vea página 28).⁶³ Un estudio reciente encontró que el cáncer de hígado que probablemente está asociado con la epidemia de infección crónica con VHC en la cohorte de nacimiento entre 1945 y 1965 carga desmesuradamente a los hombres puertorriqueños que viven en Nueva York.⁶⁴ Además, la prevalencia de obesidad y diabetes tipo 2 en los hispanos ha aumentado en las últimas

décadas, especialmente en los mexicanos nacidos en los EE. UU. y en los puertorriqueños nacidos en los EE. UU. continentales o en Hawái, y es actualmente más alta que en los blancos no hispanos (Para obtener más información sobre obesidad y diabetes, vea página 23 y página 26, respectivamente).^{14,65}

Muertes

Se espera que haya aproximadamente 4,000 muertes por cáncer de hígado en los hispanos en 2018, clasificando el cáncer de hígado como la segunda causa más común de muerte por cáncer en los hombres hispanos. De 2007 a 2016 las tasas de mortalidad de cáncer de hígado aumentaron por aproximadamente 1.4% anualmente en hispanos y por 2.5% anualmente en blancos no hispanos. Las desigualdades en la mortalidad por cáncer de hígado según el lugar de nacimiento de los hispanos refleja en gran medida las desigualdades para la incidencia debido a alta tasa de mortalidad de la enfermedad.^{10,11,50}

La Distribución de la Etapa y la Supervivencia

La supervivencia por cáncer de hígado a cinco años en los hispanos es aproximadamente de 21%, similar a la de los blancos no hispanos (Figura 6). Alrededor de 43% de los casos en hispanos son diagnosticados en una etapa localizada, para los cuales la supervivencia a 5 años es solo de 34%.

Estómago

Casos Nuevos

En 2018, aproximadamente 3,900 hispanos en los EE. UU. serán diagnosticados con cáncer de estómago. La tasa de incidencia de cáncer de estómago en los hombres hispanos es más de 60% más alta que en los hombres blancos no hispanos, y en las mujeres la tasa en los hispanos es el doble, lo que se asemeja a la desigualdad para otros grupos raciales/étnicos minoritarios (Tabla 3). Aunque las tasas de incidencia disminuyeron por aproximadamente 1.5% por año en los hispanos y en los blancos no hispanos de 2006 a 2015, algunos análisis recientes sugieren un incremento en los adultos jóvenes.^{66,67} Es importante señalar que, los hispanos tienen un riesgo más alto de cáncer de

estómago de inicio temprano (menos de 50 años de edad al momento de diagnóstico) que los blancos no hispanos, negros no hispanos y asiáticos/isleños del Pacífico.⁶⁸

Prevención

Las estrategias de prevención para reducir el riesgo de cáncer de estómago incluyen: no fumar; reducir el consumo de alcohol, alimentos conservados en sal y carne procesada; y reducir la prevalencia de *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) a través de mejores prácticas de higiene.^{69,70} Algunos estudios han demostrado que las frutas y verduras sin almidón, especialmente las verduras del género allium (por ej., ajo, cebollas, puerros), brindan protección contra el cáncer de estómago.⁶⁹

Aunque la infección crónica con *H. pylori* es el factor de riesgo más conocido para el cáncer de estómago,^{71,72} no se recomiendan los exámenes de detección para la infección en países como los EE. UU. debido a la evidencia limitada de los beneficios a nivel de la población en países con incidencia baja y debido a preocupaciones concernientes a la resistencia a los antibióticos y a otros posibles efectos negativos.⁷³ La prevalencia de infección con *H. pylori* es más alta en los países con bajos ingresos y en personas de estatus socioeconómico bajo. En un estudio, la infección con *H. pylori* en los EE. UU. fue aproximadamente tres veces más alta en los mexicanos que en los blancos no hispanos.⁷⁴ Para obtener más información sobre *H. pylori*, la página 27.

Muertes

Se estima que aproximadamente 1,900 hombres y mujeres hispanos morirán por cáncer de estómago en 2018. Similar a las tendencias de incidencia, las tasas de mortalidad disminuyeron de 2007 a 2016 por 3% por año en los hombres hispanos y blancos no hispanos y por aproximadamente 2% por año en las mujeres hispanas.

La Distribución de la Etapa y la Supervivencia

La supervivencia por cáncer de estómago a cinco años en los hispanos es de 29% en los hombres y de 34% en las mujeres (Figura 6), lo que en gran medida refleja la alta proporción de diagnósticos en etapa tardía. La mayoría de los casos (62%) en hispanos son diagnosticados en

una etapa regional o distante (Figura 5), para los cuales la supervivencia a 5 años es de 33% y 4%, respectivamente.

Cuello Uterino

Casos Nuevos

En 2018, 2,400 mujeres hispanas en los EE. UU. serán diagnosticadas con cáncer de cuello uterino, más comúnmente referido como cáncer cervical. La tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino en las mujeres hispanas de los EE. UU. es aproximadamente 40% más alta que en las blancas no hispanas (Tabla 3). Las tasas de incidencia en mujeres hispanas y blancas no hispanas han disminuido durante décadas, sin embargo parecen haberse estabilizado en los últimos años.⁷

Prevención

El cáncer de cuello uterino es causado por una infección persistente con determinados tipos de virus del papiloma humano (VPH). La prevención primaria está disponible mediante vacunas, que brindan protección contra los tipos más comunes del VPH que causan cáncer. En adolescentes de 13 a 17 años de edad, la vacunación contra el VPH es más alta en las hispanas que en las blancas no hispanas (Para obtener más información sobre la vacuna contra el VPH, vea página 28). El cáncer de cuello uterino se puede prevenir mediante la extirpación de lesiones precancerosas detectadas por medio de exámenes selectivos de detección (Para obtener más información sobre exámenes de detección del cáncer de cuello uterino, vea página 30). El tabaquismo aumenta el riesgo de presentar ambos, infección persistente con el VPH y cáncer de cuello uterino y representa de 1 a 5 casos nuevos y muertes por cáncer de cuello uterino en los EE. UU. en todas las razas/grupos étnicos combinados.⁵

Muertes

Se estima que aproximadamente 600 mujeres hispanas morirán por cáncer de cuello uterino en 2018. Las tasas de mortalidad disminuyeron por 2.3% por año en las hispanas y se mantuvieron estables en las blancas no hispanas de 2007 a 2016. Pese a la disminución constante, las tasas de mortalidad en las mujeres hispanas durante 2012 a 2016 permanecieron 26% más

altas que las de las mujeres blancas no hispanas (Tabla 3). Las tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino en las mujeres en México y en América Central y del Sur son más de tres veces más elevadas que las de las mujeres en los EE. UU., esto se debe en gran medida a un menor acceso a los exámenes de detección y a una mayor prevalencia de la infección con el VPH.⁷

La Distribución de la Etapa y la Supervivencia

La proporción de mujeres hispanas que son diagnosticadas con cáncer de cuello uterino que son diagnosticadas con enfermedad localizada es ligeramente más baja que la de las mujeres blancas no hispanas (42% en comparación con 44%, respectivamente). La supervivencia a cinco años para el cáncer de cuello uterino es de 72% en las mujeres hispanas y de 70% en las mujeres blancas no hispanas (Figura 6).

Vesícula Biliar

Casos Nuevos

El cáncer de vesícula biliar es uno de los pocos cánceres que ocurren con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres. Aproximadamente 1,000 mujeres hispanas serán diagnosticadas con cáncer de vesícula biliar en 2018. En los EE. UU. las tasas de incidencia en las mujeres hispanas son más altas que las de los hombres y las mujeres en todos los grupos raciales/étnicos con excepción de las mujeres indígenas americanas/nativas

de Alaska, quienes tienen tasas similares (Tabla 3). No hay una comprensión cabal de las razones para las tasas altas en las mujeres hispanas, pero éstas podrían incluir factores hereditarios y/u otros factores relacionados con el desarrollo de patologías de la vesícula biliar,⁷⁵⁻⁷⁷ tal como la formación de cálculos biliares. Las tasas de incidencia de cáncer de vesícula biliar disminuyeron por 1.2% por año en los hispanos y se mantuvieron estables en los blancos no hispanos de 2006 a 2015.

Prevención

Algunos factores potencialmente modificables que aumentan el riesgo de presentar cáncer de vesícula biliar son exceso de peso corporal y uso de terapia de reemplazo hormonal.^{75, 78, 79}

Muertes

Se espera que ocurran aproximadamente 500 muertes por cáncer de vesícula biliar en hombres y mujeres hispanas en 2018. De 2007 a 2016, las tasas de mortalidad disminuyeron por 2.6% y 1.7% por año en los hispanos y en los blancos no hispanos, respectivamente.

La Distribución de la Etapa y la Supervivencia

El cáncer de vesícula biliar tiene síntomas inespecíficos que por lo general resultan en un diagnóstico en etapa tardía y una baja tasa de supervivencia.⁷⁷ La supervivencia por causa específica a cinco años en los hispanos para todas las etapas combinadas es de aproximadamente 23%.

El Cáncer en Niños y Adolescentes

Visión General

Los tipos de cáncer que más comúnmente ocurren en los niños (de 0 a 14 años de edad) y en los adolescentes (de 15 a 19 años de edad) son diferentes a los que se presentan en los adultos. No se entiende con claridad cuáles son los factores de riesgo para el cáncer en la infancia y la adolescencia. Algunas causas

conocidas incluyen cambios genéticos que pueden ser transmitidos de padres a hijos, exposición a radiación y ciertas infecciones virales. Por motivos que aún no se comprenden con claridad, el cáncer infantil (en el presente también referido como cáncer pediátrico) por lo general es más común en países económicamente desarrollados que en los países en vías de desarrollo.⁸⁰

Tabla 5. Tasas de Incidencia del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia y Proporción de las Tasas Comparando Hispanos con Blancos No Hispanos, EE. UU., 2011-2015

	0-14 años de edad			15-19 años de edad		
	Hispanos	Blancos no hispanos	Razón de tasa	Hispanos	Blancos no hispanos	Razón de tasa
Todos los sitios*	179.9	195.4	0.92	253.6	284.1	0.89
Leucemia	62.6	52.2	1.20	44.8	32.5	1.38
Leucemia linfoide	48.6	40.4	1.20	27.3	15.6	1.75
Leucemia mieloide aguda	8.4	7.1	1.17	10.2	9.9	1.03
Cerebro y otros cánceres del sistema nervioso central*	40.1	54.8	0.73	50.1	60.9	0.82
Astrocitomas	14.0	22.5	0.62	9.8	16.3	0.60
Linfomas	22.3	22.1	1.01	39.0	59.3	0.66
Linfoma Hodgkin	5.8	5.5	1.06	22.5	37.6	0.60
Linfoma no Hodgkin (con excepción del linfoma de Burkitt)	7.0	7.1	0.98	12.9	16.1	0.80
Linfoma de Burkitt	1.7	3.0	0.55	1.4	2.6	0.52
Sarcomas de tejidos blandos	10.1	11.4	0.89	14.6	14.6	1.00
Neuroblastoma	7.7	14.1	0.54	†	1.0	-
Tumores óseos	7.6	7.8	0.97	12.6	15.3	0.83
Osteosarcoma	4.6	3.7	1.22	7.5	8.1	0.93
Tumores renales	7.3	9.6	0.76	1.4	2.3	0.58
Tumores de células germinales	5.9	5.2	1.14	43.6	27.4	1.59
Tumores malignos de células germinales gonadales	2.9	1.8	1.59	35.4	22.0	1.61
Retinoblastoma	4.6	4.1	1.10	†	†	-
Tumores hepáticos	3.6	3.0	1.22	†	1.3	-

Las tasas son por cada 1,000,000 habitantes y están ajustadas por edad a la población estándar de los EE. UU. del año 2000; las tasas excluyen los datos de Puerto Rico. Las razones de tasas son las tasas no redondeadas en hispanos dividido por las tasas no redondeadas en blancos no hispanos. *Incluye tumores de cerebro benignos y de comportamiento incierto. †Data eliminados debido a un número de casos menor a 25. NOTA: Los tipos de cáncer se enumeran en orden descendente por tasa de incidencia del cáncer infantil (0 a 14 años de edad) en hispanos.

Fuente: Asociación Norteamericana de Registros Centrales del Cáncer, 2018.

©2018, Investigación sobre la Vigilancia de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

Casos Nuevos

Aproximadamente 2,700 niños hispanos (de 0 a 14 años de edad) en los EE. UU. serán diagnosticados con cáncer en 2018, lo que representa alrededor del 2% de los casos de cáncer en los hispanos. Por el contrario, el cáncer infantil representa 0.5% de los casos nuevos de cáncer en los blancos no hispanos debido a diferencias en la distribución etaria; los niños representan 27% de la población hispana, comparado con 16% de la población blanca no hispana.² De 2006 a 2015, las tasas de incidencia para el cáncer infantil y adolescente aumentó, en promedio, por 0.8% y 1.8% por año, respectivamente, en los hispanos y por 0.8% y 0.9% por año en los blancos no hispanos.

En los niños hispanos, la leucemia es el cáncer más común, seguido por cánceres de cerebro/sistema nervioso central y linfoma (Tabla 5), mientras que en los adolescentes, los cánceres de cerebro/sistema nervioso

central son los más comunes, seguido por la leucemia y los tumores de células germinales. Aunque las tasas de incidencia para la mayoría de los tipos de cáncer son ligeramente más bajas en los hispanos que en los blancos no hispanos, las tasas para la leucemia y los tumores de células germinales son más altas en los hispanos por razones que en gran parte se desconocen. Los niños y adolescentes hispanos tienen tasas más altas de leucemia que todos los demás grupos étnicos en los EE. UU., aproximadamente del doble de las de los niños negros no hispanos, quienes tienen las tasas más bajas (Figura 7).

Muertes

Aproximadamente 300 a 400 niños hispanos menores de 15 años de edad morirán por cáncer en 2018. El cáncer infantil es la segunda causa principal de muerte en ambos, los niños hispanos y blancos no hispanos de 1 a 14 años de edad, después de los accidentes. En los adolescentes, el cáncer es la cuarta causa principal

de muerte en los hispanos y la tercera causa principal en los blancos no hispanos. Las tasas de mortalidad para todos los cánceres combinados disminuyeron de 2007 a 2016 por 1% a 2% por año en ambos, niños y adolescentes hispanos y blancos no hispanos.

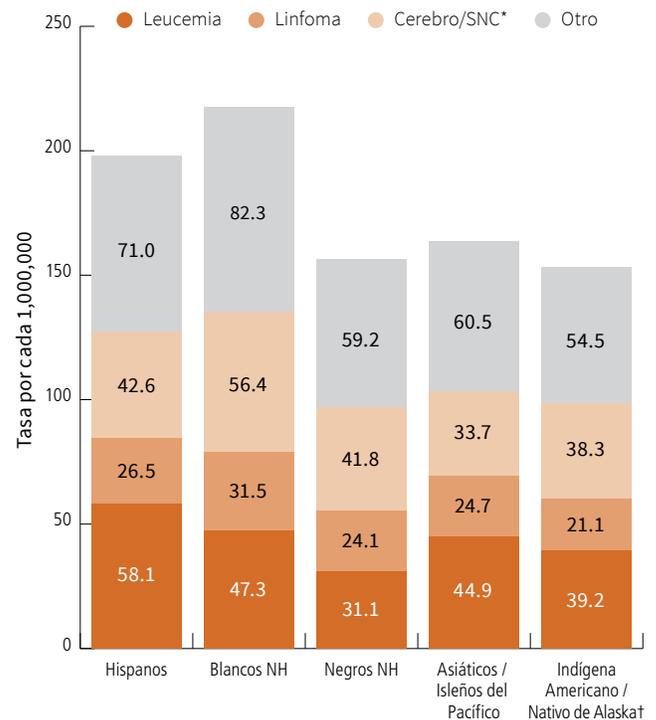
Signos y Síntomas

Los cánceres infantiles a menudo tienen síntomas inespecíficos. Los padres deben asegurarse de que los niños se hagan controles médicos regulares y deben estar atentos a cualquier signo o síntoma inusual persistente. Estos incluyen una masa o hinchazón inusual; palidez o pérdida de energía de causa desconocida; una tendencia repentina a la formación de moretones; dolor localizado o cojera; fiebre o enfermedad sin causa aparente; dolores de cabeza frecuentes, a menudo con vómitos; cambios repentinos en los ojos o en la visión; y pérdida de peso rápida y excesiva.

Supervivencia

En los últimos 30 años, ha habido mejorías considerables en la supervivencia a 5 años para la mayoría de los cánceres infantiles,²⁵ lo que en gran medida se atribuye a avances en el tratamiento y a la alta proporción de pacientes que participan en estudios clínicos. Sin embargo, algunos cánceres infantiles continúan teniendo tasas de supervivencia más bajas, y en general la supervivencia en los hispanos sigue siendo más baja que en los blancos no hispanos para todos los cánceres combinados y para muchos cánceres. La supervivencia por causa específica a cinco años para todos los cánceres combinados en los niños y adolescentes diagnosticados durante 2008 a 2014 fue de 83% en los hispanos y de 87% en los blancos no hispanos. Las desigualdades más grandes en la supervivencia son para los tumores del cerebro/sistema nervioso central en los niños (67% en los hispanos comparado con 79% en los blancos no hispanos) y para la leucemia en los adolescentes (68% comparado con 80%). El tratamiento para el cáncer infantil depende del tipo y de la etapa de la enfermedad e involucra a un equipo formado por oncólogos pediátricos, enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos.

Figura 7. Comparación de las Tasas de Incidencia de los Cánceres Más Frecuentes de la Infancia y la Adolescencia por Raza/Orgen Étnico, 0 a 19 Años de Edad, EE. UU., 2011-2015



NH: No hispanos. SNC: Sistema Nervioso Central. Las tasas están ajustadas por edad a la población estándar de los EE. UU. del año 2000 con excepción de Puerto Rico. *Incluye tumores cerebrales benignos y de comportamiento incierto. †Datos basados en Condados del Área de Prestación de Servicios de Salud del Contrato de Servicio de Salud Indígena. Las tasas deben ser interpretadas con prudencia debido al bajo número de casos.

Fuente: Asociación Norteamericana de Registros Centrales del Cáncer, 2018 ©2018, Investigación sobre la Vigilancia de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

Cánceres Seleccionados

Leucemia

La leucemia es una condición en la cual se encuentran demasiados glóbulos blancos inmaduros en la sangre y en la médula ósea. Este es el cáncer más común en los niños, representando alrededor de un tercio de todos los cánceres infantiles. La leucemia linfocítica aguda (LLA) es el subtipo predominante en los niños, representando el 78% de los casos de leucemia pediátrica en los hispanos, seguido por la leucemia mieloide aguda (LMA; 13%). Las tasas de incidencia de ambas, LLA y LMA son más altas en los niños hispanos que en los blancos no hispanos (Tabla 5). Aunque la distribución de los subtipos de leucemia es similar en los niños hispanos y en los blancos no hispanos, la LLA representa una proporción más grande de los casos de leucemia

en los adolescentes hispanos (61%) que en los blancos no hispanos (48%). Si bien al parecer las anomalías genéticas son responsables de una parte de la leucemia infantil, se han establecido con claridad unos pocos factores de riesgo diferentes a la exposición a radiación.

La supervivencia a cinco años para la leucemia ha mejorado considerablemente en las últimas dos décadas para todos los niños,⁸² no obstante sigue siendo más baja en los hispanos que en los blancos no hispanos para ambos, la LLA (90% comparado con 95%) y la LMA (68% comparado con 74%). Aunque el menor acceso a tratamiento de alta calidad probablemente representa parte de la desigualdad, estas diferencias también son evidentes en los estudios clínicos, en los cuales todos reciben igual tratamiento.^{82, 83} La supervivencia más baja en los hispanos probablemente se deba en parte a las diferencias en el subtipo de la enfermedad,⁸¹ aunque un análisis reciente sugirió que las diferencias en la absorción del medicamento también puede jugar un rol.⁸³

Cáncer de Cerebro y Otros Cánceres del Sistema Nervioso

El cáncer de cerebro y otros cánceres del sistema nervioso central (SNC), incluyendo tumores benignos y borderline (de bajo potencial de malignidad), representan aproximadamente de 1 a 5 cánceres en los niños y los adolescentes hispanos. Las tasas de incidencia de estos tumores son aproximadamente 27% y 18% más bajas en los niños y los adolescentes hispanos, respectivamente, en comparación con los blancos no hispanos, en quienes las tasas son más altas (Tabla 5). La mayor parte de esta diferencia se explica por las tasas de incidencia para el astrocitoma, las cuales son aproximadamente 38% a 40% más bajas en los niños y adolescentes hispanos que en los blancos no hispanos. Si bien no se entienden las razones para una incidencia más baja en los hispanos, un estudio reciente reportó diferencias en el riesgo en los niños hispanos según el lugar de nacimiento materno, lo que sugiere que factores conductuales y/o ambientales pueden tener incidencia.⁸⁴

La supervivencia para cánceres de cerebro/SNC depende considerablemente de la edad al momento de diagnóstico, del tipo y la ubicación del tumor y del tratamiento.⁸⁵ En general, la supervivencia por causa específica a 5 años para tumores malignos en los niños es de 67% en los hispanos y de 79% en los blancos no hispanos, y en los adolescentes es de 74% y 82%, respectivamente.

Linfoma

En los niños y adolescentes, las tasas de incidencia del linfoma son las más altas de 10 a 19 años de edad. Los linfomas en términos generales se clasifican en linfoma Hodgkin y linfoma no Hodgkin (LNH). Las tasas de incidencia los niños blancos hispanos y no hispanos son similares para el linfoma Hodgkin y LNH, en tanto que en los adolescentes, las tasas de incidencia en los hispanos son 40% más bajas para el linfoma Hodgkin y 20% más bajas para el LNH (excluyendo el linfoma de Burkitt, para el cual las tasas son 48% más bajas). No obstante, se han reportado variaciones en el riesgo en subpoblaciones hispanas y por estatus de nacimiento^{84, 86}

La supervivencia para el linfoma pediátrico es similar en los hispanos y los blancos no hispanos. En los hispanos, la supervivencia por causa específica a 5 años para el linfoma Hodgkin es de 98% para niños y adolescentes, y para el LNH es de 91% y 93%, respectivamente.

Factores de Riesgo para el Cáncer

Abstenerse del consumo de tabaco, mantener peso corporal saludable, mantenerse físicamente activo y consumir una dieta saludable puede reducir considerablemente el riesgo de por vida de una persona de presentar o de morir de cáncer.⁵ Además, determinados cánceres causados por agentes infecciosos que afectan a los hispanos de manera desproporcionada⁸⁷ podrían prevenirse mediante cambios conductuales, vacunas o el tratamiento de la infección.⁸⁷ Esta sección proporciona información sobre los principales factores de riesgo de cáncer y su prevalencia en la población hispana. Para obtener información sobre los factores de riesgo para el cáncer además de los que se incluyen en este capítulo, visite cancer.org/research/cancer-facts-statistics.html para ver la última edición de *Datos y Estadísticas de la Prevención y Detección Temprana del Cáncer (Cancer Prevention & Early Detection Facts & Figures)*.

Tabaco

El consumo de tabaco sigue siendo una de las causas de muerte más prevenibles, el cual representa aproximadamente el 30% de todas las muertes por cáncer en los EE. UU. cuando se combinan todas las razas/orígenes étnicos.^{5,88} Aunque el uso de cigarrillos, cigarros y tabaco sin humo está disminuyendo en los EE. UU., otros productos de tabaco como pipas de agua/narguiles y sistemas electrónicos de liberación de nicotina (comúnmente referidos como cigarrillos electrónicos) están cobrando popularidad. Fumar cigarrillos aumenta el riesgo de al menos 12 tipos de cáncer (cánceres de cavidad oral y faringe, laringe, pulmón, esófago, páncreas, cuello uterino, riñón, vejiga, estómago, colon y recto, hígado y leucemia mieloide aguda), así también como un tipo de cáncer ovárico poco común.⁸⁹ Cada vez más pruebas sugieren que fumar también aumenta el riesgo de cáncer letal de próstata.⁸⁹⁻⁹¹

Adultos

La prevalencia del consumo de cigarrillos es y ha sido históricamente más baja en los hispanos que en los blancos o en los negros no hispanos.²¹ En 2017, 13% y 7%

de los hombres y las mujeres hispanas eran fumadores activos de cigarrillos en comparación con 17% y 15% de hombres y mujeres blancos no hispanos, respectivamente (Tabla 6). La prevalencia del tabaquismo varía según el origen hispano, desde 6% en los centroamericanos/sudamericanos a 17% en los puertorriqueños. En particular, las variaciones en materia de tabaquismo según el lugar de nacimiento en los hispanos son más grandes para las mujeres, siendo que las que nacieron en los EE. UU. tienen más del doble de probabilidades de ser fumadoras activas que sus pares nacidas en el extranjero (11% en comparación con 4%, respectivamente), lo que refleja una prevalencia del tabaquismo mucho más baja en los países de origen y tal vez un efecto más fuerte de la aculturación en la adopción del tabaquismo en las mujeres.⁹² La prevalencia del tabaquismo también varía según la situación de pobreza en los hispanos, sin embargo estas brechas no son tan grandes como las que se observan en los blancos no hispanos.

Los fumadores que dejan de fumar, independientemente de la edad, aumentan su longevidad; quienes dejan de fumar a los 30 años de edad viven en promedio 10 años más que si hubieran continuado fumando.⁹³ Sin embargo, en una encuesta, los hispanos fueron menos propensos que los blancos y los negros no hispanos a recibir el consejo de un profesional de la salud para dejar de fumar, y el uso de recursos para dejar de fumar, los cuales ayudan al fumador a abandonar el hábito, también fue menos común en los hispanos, lo cual podría estar relacionado en parte con un menor acceso a la atención médica.⁹⁴ Pese a las disposiciones de la Ley de Atención Médica Asequible (ACA) que apunta a aumentar el acceso a la cobertura para tratamientos para dejar de fumar basados en las evidencias, el uso de asesoramiento y/o medicamentos no cambió de 2005 a 2015 en todas las razas/grupos étnicos combinados.⁹⁴ Los programas para dejar de fumar para los hispanos podrían ser más eficaces si incluyesen a asesores de la salud no profesionales (promotores), quienes puedan asistir a los fumadores hispanos con servicios médicos deficientes para que accedan a servicios para dejar de fumar.⁹⁵

Tabla 6. Consumo Actual de Cigarrillos, Cigarrillos Electrónicos y Alcohol (%), Adultos de 18 Años de Edad en Adelante, EE. UU., 2017

	Hispanos			Blancos no hispanos		
	Masculino/ Hombre	Femenino/ Mujer	Total	Masculino/ Hombre	Femenino/ Mujer	Total
Consumo (fumar) de cigarrillos*	13	7	10	17	15	16
Origen†						
Puertorriqueños	19	16	17	---	---	---
Mexicanos	15	7	11	---	---	---
Cubanos	10	11	10	---	---	---
Dominicanos	**	**	6	---	---	---
Centroamericanos/Sudamericanos	9	4	6	---	---	---
Educación (25 años de edad en adelante)						
≤12 años de edad, no tienen diploma	19	6	12	45	39	42
Diploma de Equivalencia General (GED)	**	23	17	48	39	44
Título de Escuela Secundaria	11	8	9	26	24	25
Estudió en la universidad pero no se graduó	13	11	12	18	19	19
Título universitario	9	4	6	7	5	6
Nivel de pobreza‡						
Pobre	17	9	12	34	35	34
Casi pobre	15	7	11	33	25	29
No pobre	11	6	9	14	11	12
Situación del seguro médico (18 a 64 años de edad)						
No asegurado	16	7	12	39	35	37
Asegurado	12	8	10	17	15	16
Situación de inmigración§						
Nacido en los EE. UU.	15	11	13	17	15	16
Nacido en el extranjero	11	4	8	16	6	11
Uso de cigarrillos electrónicos¶	2	**	2	4	3	4
Consumo de alcohol#	66	50	58	75	72	73
Poco	32	26	29	33	38	35
Moderado	19	5	12	28	12	20
Mucho	4	2	3	6	7	6
Excesivo	31	15	23	36	27	31

GED: Equivalencia de la Escuela Secundaria en Desarrollo de Educación General. Los datos excluyen a Puerto Rico. *Fumaron alguna vez 100 cigarrillos durante toda la vida y fumaban todos los días o algunos días al momento de la encuesta. †Los cálculos se basan en los datos combinados de la Encuesta Nacional de Entrevista de Salud de 2016 y 2017. ‡Pobre: <99% del umbral de pobreza. Casi pobre: 100% a ≤199% del umbral de pobreza. No pobre: ≥200% del umbral de pobreza. §Nacido en los EE. UU. incluye a quienes nacieron en un territorio de los EE. UU. ¶Usaban cigarrillos electrónicos todos los días o algunos días al momento de la encuesta. #Consumo actual: 12+ bebidas en toda la vida y ≥1 bebida en el último año. Poco: 12+ bebidas en toda la vida y ≤3 bebidas/semana en el último año. Moderado: 12+bebidas en toda la vida y (hombres) 3-14 bebidas/semana en el último año o (mujeres) 3-7 bebidas/semana en el último año. Mucho (alto): 12+bebidas en toda la vida y (hombres) >14 bebidas/semana en el último año o (mujeres) >7 bebidas/semana en el último año. Excesivo: bebedor actual y (hombres) ≥5 o (mujeres) ≥4 bebidas al menos una vez al día en el último año. **No se proporcionan estimaciones debido a la inestabilidad. NOTA: Las estimaciones están ajustadas por edad a la población estándar de los EE.UU. del año 2000. Las estimaciones en este informe pueden diferir de los informes anteriores debido a pesos revisados para la Encuesta Nacional de la Entrevista de Salud.

Fuente: Encuesta Nacional de Entrevista de Salud, 2016 y 2017.

©2018, Investigación sobre la Vigilancia de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

Para obtener información sobre iniciativas y recursos para dejar de fumar de la Sociedad Americana Contra El Cáncer, visite cancer.org/es/saludable/mantengase-alejado-del-tabaco/guia-para-dejar-de-fumar.html o llame al 1-800-227-2345.

Jóvenes

La prevalencia del tabaquismo en estudiantes hispanos de la escuela secundaria alcanzó un punto máximo a mediados de los años 1990 y disminuyó rápidamente hasta 2003, pero desde entonces ha disminuido a un ritmo más lento (Figura 8). En 2017, la prevalencia del consumo de cigarrillos por parte de los jóvenes en los

Tabla 7. Consumo de Tabaco y de Alcohol (%), Estudiantes de Escuela Secundaria, EE. UU., 2017

	Hispanos			Blancos no hispanos		
	Masculino/ Hombre	Femenino/ Mujer	Total	Masculino/ Hombre	Femenino/ Mujer	Total
Consumo actual de tabaco*						
Consumo (fumar) de cigarrillos	7	5	6	9	10	10
Cigarrillos electrónicos	13	7	10	15	13	14
Consumo de alcohol						
Consumo actual de alcohol†	27	36	31	32	33	32
Consumo excesivo de alcohol‡	12	16	14	16	16	16
Iniciaron el consumo de alcohol antes de los 13 años de edad§	23	16	19	17	11	14

Los datos excluyen a Puerto Rico. *Fumaron cigarrillos o usaron cigarrillos electrónicos uno o más días de los 30 días previos a la encuesta. †Tomaron una o más bebidas alcohólicas uno o más días de los 30 días previos a la encuesta. ‡Tomaron cuatro o más (si son mujeres) o cinco o más (si son hombres) bebidas alcohólicas seguidas, en un par de horas al menos 1 día durante los 30 días antes de la encuesta. §Más que unos pocos sorbos.

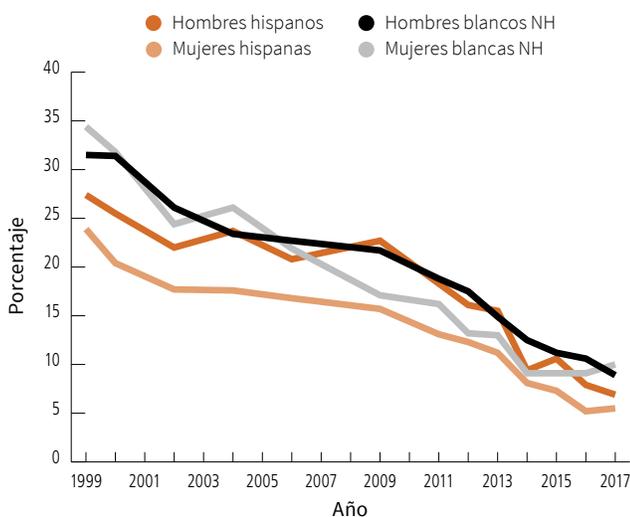
Fuentes: Consumo de Tabaco: Wang TW, et al. Uso de Productos de Tabaco en Estudiantes de Escuela Intermedia y Secundaria – Estados Unidos, 2011-2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2018;67(22):629-633. Encuesta Nacional sobre Tabaquismo en los Jóvenes, 2017. Archivos de datos y documentación de uso público. https://www.cdc.gov/TOBACCO/data_statistics/surveys/NYTS/index.htm. Consumo de alcohol: Kann L, et al. Vigilancia de Conductas de Riesgo en los Jóvenes – Estados Unidos, 2017. *MMWR Morbid Mortal Wkly Rep.* 2018;67(8):1-114.

©2018, Investigación sobre la Vigilancia de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

hispanos fue más baja que en los blancos no hispanos (6% en comparación con 10%, respectivamente) (Tabla 7). La prevalencia del tabaquismo continúa siendo más baja en las mujeres jóvenes hispanas que en los hombres jóvenes, sin embargo la diferencia de género se ha reducido en los últimos años, en contraste con

la diferencia de género grande y constante en los adultos. Existe cierta evidencia de que la prevalencia del tabaquismo en los adolescentes hispanos nacidos en el extranjero aumenta con la duración de la residencia en los EE. UU., especialmente para las mujeres.⁹⁶ Si bien existen datos limitados sobre el consumo de cigarrillos en los jóvenes por subgrupo hispano, un estudio reportó tasas similares en todos los subgrupos con excepción de los hombres jóvenes cubanos, quienes tuvieron tasas más altas.⁹⁷ La prevalencia general del uso actual de cigarrillos electrónicos en los estudiantes de escuela secundaria ha aumentado rápidamente, de 2% en 2011 a 11% en 2016 y ha sido el producto de tabaco más comúnmente usado por los estudiantes de escuela secundaria desde 2014.⁹⁸ El uso de cigarrillos electrónicos en los estudiantes hispanos de escuela secundaria fue similar al de los blancos no hispanos y más del doble del de los negros no hispanos.⁹⁹

Figura 8. Tendencias Actuales del Consumo de Cigarrillos* (%), Estudiantes de Escuela Secundaria Hispanos y Blancos No Hispanos, EE. UU., 1999-2017



NH: no hispanos. Datos excluyen a Puerto Rico. *Fumaron cigarrillos en uno o más días de los 30 días previos a la encuesta.

Fuente: Oficina sobre el Tabaquismo y la Salud de los CDC. Encuestas nacionales de tabaquismo en jóvenes. Archivo de datos y documentación de uso público. https://www.cdc.gov/TOBACCO/data_statistics/surveys/NYTS/index.html

©2018, Investigación sobre la Vigilancia de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

Exceso de Peso Corporal

Además de evitar el consumo de tabaco, mantener un peso saludable y hacer actividad física regular son los métodos más importantes para reducir el riesgo de cáncer y de muchas otras enfermedades crónicas.¹⁰⁰ Las guías de nutrición y actividad física de la Sociedad Americana Contra El Cáncer recomiendan alcanzar y mantener un peso saludable durante toda la vida, adoptando un estilo de vida físicamente activo,

Las Guías de Nutrición y Actividad Física de la Sociedad Americana Contra El Cáncer¹⁰⁰ para Elecciones Individuales Incluyen:

- Lograr y mantener un peso saludable durante toda la vida.
- Adoptar un estilo de vida físicamente activo.
- Consumir una dieta saludable mayormente a base de alimentos de origen vegetal.
- Limitar el consumo de alcohol.

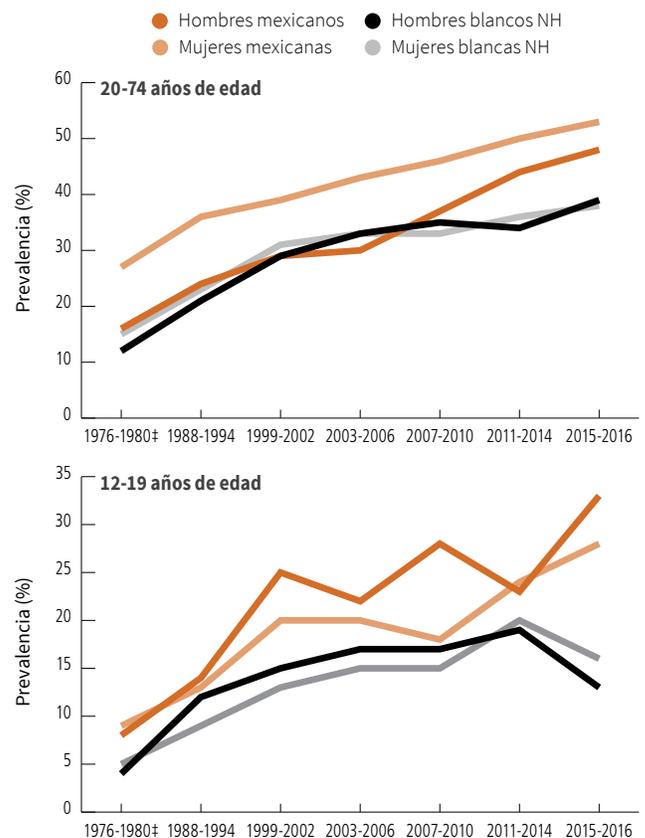
consumiendo un dieta saludable con un énfasis en fuentes vegetales y limitando el consumo de bebidas alcohólicas. Para aprender más sobre cómo comer sano y mantenerse físicamente activo, visite cancer.org/healthy/eat-healthy-get-active.html (para acceder al contenido en español, visite <https://www.cancer.org/es/saludable/comer-sanamente-y-ser-activos.html>).

Existen evidencias convincentes que indican que el exceso de peso corporal está asociado con aumento en el riesgo para presentar 13 cánceres: cuerpo uterino, esófago (adenocarcinoma), hígado, estómago (cardias gástrico), riñón (células renales), cerebro (meningioma), mieloma múltiple, páncreas, colon y recto, vesícula biliar, ovario, seno femenino (postmenopáusico), y tiroides.¹⁰¹ El exceso de peso también puede aumentar el riesgo de linfoma no Hodgkin (linfoma difuso de células B grandes), cáncer de seno masculino y cáncer letal de próstata. Cada vez más evidencias sugieren que el exceso de peso corporal está asociado con una disminución en la supervivencia para varios cánceres.¹⁰²

Adultos

El rápido aumento de la obesidad en todas las poblaciones en los EE. UU desde fines de la década de 1970 a mediados de la década de 2000¹⁰³ ha estado relacionado en gran parte con los cambios en el ambiente social y estructural, incluyendo la disponibilidad y promoción de alimentos con alto contenido calórico y bajo contenido de nutrientes e incrementos en la conducta sedentaria.^{100, 104} Las tendencias históricas en la

Figura 9. Tendencias de Obesidad* (%) en Mexicanos Estadounidenses y Blancos No Hispánicos por Edad, EE. UU., 1976-2016

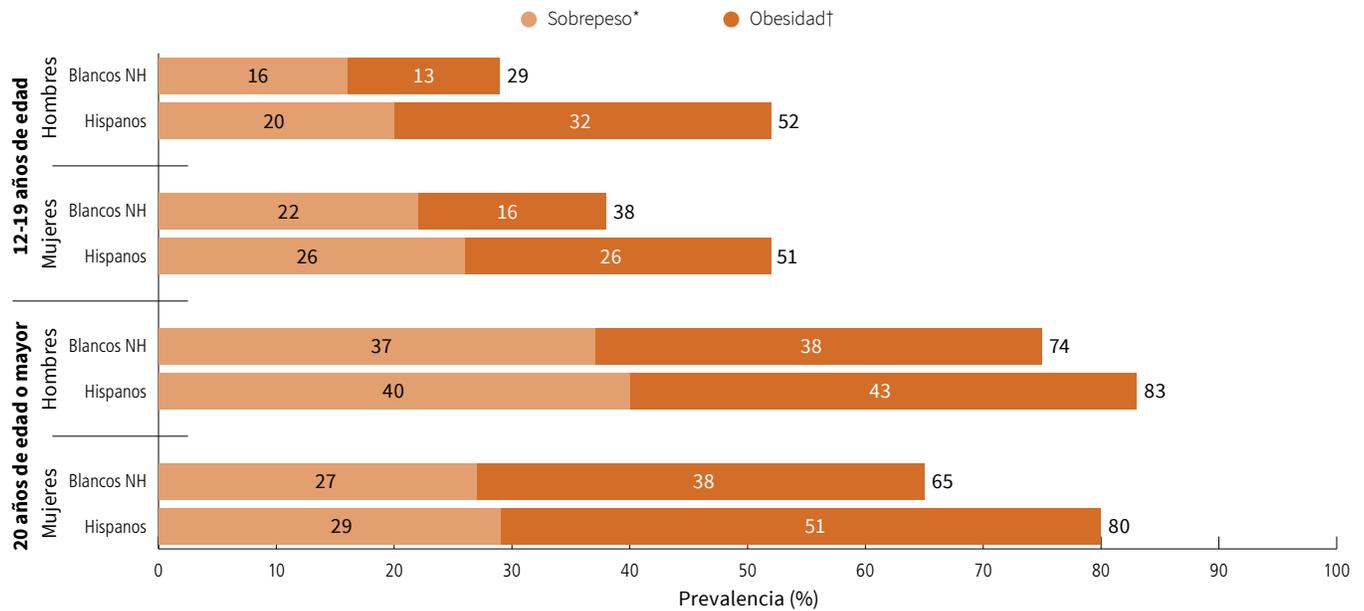


NH: no hispano. Datos excluyen a Puerto Rico. *En el rango de 20-74 años de edad, el índice de masa corporal (IMC) de 30.0 kg/m² o más. En el rango de 12-19 años de edad, IMC del 95o percentil o más según las tablas de crecimiento de los CDC del año 2000. +Datos para mexicanos de los años 1982-1984. NOTA: Estimados de los adultos están ajustados por edad a la población estándar de los EE. UU. del año 2000.; datos para los años de edad 12-19 no han sido ajustados. El estimado de los años 1988-94 para mujeres mexicanas de 12 a 19 años de edad tiene un error relativo estándar entre el 20% y 30%.

Fuente: Salud, Estados Unidos, 2013; Salud, Estados Unidos, 2016. Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (NHANES), 2015-2016.
©2018, Investigación sobre la Vigilancia de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

prevalencia medida del sobrepeso (definido como índice de masa corporal [IMC] 25.0-29.9 kg/m²) y la obesidad (IMC ≥30.0 kg/m²) está solo disponible para personas hispanas de ascendencia mexicana (Figura 9), aunque en los últimos años se han recopilado datos medidos para todos los hispanos combinados. De 2015 a 2016, 80% de las mujeres hispanas adultas y 83% de los hombres tuvieron sobrepeso u obesidad, en comparación con 65% y 74%, respectivamente, de los blancos no hispanos (Figura 10). Estas diferencias se deben en gran medida a una prevalencia más alta de obesidad en los hispanos. En particular, aunque la prevalencia de la obesidad ha empezado a estabilizarse para los blancos no hispanos

Figura 10. Exceso de Peso Corporal (%) en Hispanos y Blancos No Hispanos por Edad, EE. UU., 2015-2016



NH: no hispanos. Datos excluyen a Puerto Rico. *En 20 años de edad o más, IMC mayor o igual a 25.0 kg/m² pero menor a 30.0 kg/m². El el rango de edad de 12 a 19 años, IMC del 85o percentil o más, pero menor al 95o percentil de las tablas de crecimiento de los CDC. †En 20 años de edad o más, IMC igual o mayor que 30.0 kg/m². En el rango de edad de 12 a 19 años, IMC igual o superior al 95o percentil de las tablas de crecimiento de los CDC. NOTA: La sumatoria de los estimados de sobrepeso y obesidad puede no ser igual al valor total de exceso de peso corporal debido al redondeo. Estimados para las edades de 20 años o más están ajustados por edad a la población estándar de los EE. UU. del año 2000.

Fuentes: Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición de 2015-2016 (NHANES). Obesidad en 20 o más años de edad: Hales CM, et al. Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS). 2017.

©2018, Investigación sobre la Vigilancia de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

en la última década, ésta ha seguido aumentando en los mexicanos, especialmente en los hombres (Figura 9). De 2015 a 2016, la prevalencia de la obesidad en los hispanos en general fue de 43% y de 51% en hombres y mujeres, respectivamente, en comparación con 38% en los blancos no hispanos de ambos sexos (Figura 10). La duración de la residencia en los EE. UU. está asociada con tasas auto-reportadas de exceso de peso corporal más altas en los adultos hispanos, especialmente en los mexicanos y puertorriqueños que viven en los Estados Unidos Continentales o en Hawái.¹⁴

Probablemente las razones para la prevalencia de obesidad más alta en los hispanos, especialmente en las mujeres, sean complejas. Por ejemplo, una gran proporción de hispanos en los EE. UU. tienen un estatus socioeconómico más bajo, el cual por lo general se encuentra asociado con una mayor prevalencia de obesidad; sin embargo, las diferencias en la obesidad según el estatus socioeconómico en hispanos son muy pequeñas.¹⁰⁵ Los niveles más bajos de actividad física en tiempo libre pueden contribuir;¹⁰⁶

en 2015, 39% de los adultos hispanos reportaron no realizar actividad física en el tiempo libre, en comparación con 27% de los blancos no hispanos.²¹

Jóvenes

Los patrones alimentarios poco saludables, la inactividad física y el aumento excesivo de peso que se inician durante la infancia a menudo continúan en la adultez. Aproximadamente 70% de quienes tienen sobrepeso en la adolescencia continuarán teniendo sobrepeso cuando sean adultos.¹⁰⁷ Los valores del IMC para los jóvenes se basan en un rango percentil de su peso y altura según las tablas de crecimiento específicas por edad y sexo de los CDC. Desde fines de la década de 1970, la prevalencia de la obesidad se ha triplicado en los adolescentes mexicanos y blancos no hispanos (12 a 19 años de edad) (Figura 9). De 2015 a 2016, la prevalencia de la obesidad en los hispanos de 12 a 19 años de edad fue más del doble que la de los blancos no hispanos en los niños (32% en comparación con 13%), y 60% más alta en las niñas (26% en comparación con 16%) (Figura 10).

Diabetes Tipo 2

La diabetes tipo 2, una condición crónica en la cual el cuerpo pierde su capacidad para responder a la insulina, comparte varios factores modificables de riesgo con el cáncer, incluyendo el exceso de peso corporal, mala alimentación y falta de actividad física. Sin embargo, un cuerpo creciente de publicaciones sugiere que la diabetes tipo 2 aumenta el riesgo de varios tipos de cáncer independientemente de estos factores, incluyendo los cánceres de hígado, endometrio, páncreas, colon y recto, riñón, vejiga, seno y posiblemente de ovario.¹⁰⁸⁻¹¹⁰ No hay una comprensión clara de la biología que sustenta la asociación entre la diabetes tipo 2 y el riesgo de cáncer, pero puede involucrar el control anormal de la glucosa y factores asociados, incluyendo la inflamación. Los hispanos tienen el doble de probabilidades que los blancos de reportar ser diagnosticados con diabetes tipo 2 y tienen 50% más probabilidades de morir de la enfermedad,¹¹¹ aunque la ocurrencia varía considerablemente por subpoblación.¹¹² Es importante tener en cuenta que unos pocos estudios grandes han evaluado la asociación entre la diabetes tipo 2 y el riesgo de cáncer en las poblaciones hispanas,^{113,114} y es necesario llevar a cabo más investigaciones sobre este tema.

Alcohol

El consumo de alcohol es un factor de riesgo bien establecido para cánceres de boca, faringe, laringe, esófago, hígado, colon y recto y seno femenino.¹¹⁵ El alto consumo de alcohol (3 a 4 bebidas por día) también puede aumentar el riesgo de cánceres de estómago y de páncreas.¹¹⁶ El riesgo de cáncer aumenta con el volumen de alcohol, e incluso unas pocas bebidas (copas) por semana pueden asociarse con un leve aumento del riesgo de cáncer de seno femenino.¹¹⁷ Combinado con el consumo de tabaco, el consumo de alcohol aumenta el riesgo de cánceres de boca, laringe, faringe y esófago mucho más que el efecto independiente de solo beber o fumar.^{69, 118}

Las guías de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para la prevención del cáncer y la reducción del riesgo recomiendan que las personas limiten el consumo a no más de dos bebidas por día para los hombres y no más

de una bebida por día para las mujeres.¹⁰⁰ El consumo de alcohol es motivo de especial preocupación en los Hispanos debido a sus altas tasas de cáncer de hígado.⁸⁷

Adultos

En 2017, la prevalencia del consumo actual de alcohol fue de 66% en los hombres hispanos y de 50% en las mujeres hispanas, más baja que en los blancos no hispanos (hombres: 75%, mujeres: 72%) (Tabla 6). El consumo de alcohol más bajo en las mujeres hispanas probablemente se debe a diferencias culturales en costumbres y actitudes sociales.¹³ Aunque el consumo excesivo y el consumo alto de alcohol reportado también es más bajo en los hispanos en general, especialmente en las mujeres, algunos estudios han encontrado que la prevalencia de estas conductas es más común en los hombres mexicanos y puertorriqueños que en los hombres blancos no hispanos.¹¹⁹

Jóvenes

En 2017, la prevalencia de consumo actual de alcohol en estudiantes mujeres de escuela secundaria fue levemente más alta en las hispanas (36%) que en las blancas no hispanas (33%), sin embargo en los hombres fue más baja en los hispanos (27%) que en los blancos no hispanos (32%) (Tabla 7). La prevalencia del consumo de alcohol antes de los 13 años de edad fue más alta en los jóvenes hispanos (Hispanos: 19%, blancos no hispanos: 14%). En los jóvenes hispanos nacidos en el extranjero, los hombres son más propensos que las mujeres a tomar alcohol y a tomar en exceso.¹²⁰ Sin embargo, las diferencias de género se reducen en los jóvenes de la segunda y tercera generación, quienes también son mucho más propensos a tomar alcohol y a tomar en exceso que sus pares nacidos en el extranjero.

Algunos esfuerzos comunitarios para prevenir el consumo de alcohol en los jóvenes incluyen el cumplimiento de leyes sobre la edad permisible para el consumo de alcohol, campañas en los medios de comunicación, aumento de impuestos especiales y reducción de la exposición a publicidades del alcohol.¹²¹ Las estrategias exitosas para reducir el consumo de alcohol en los jóvenes hispanos

enfatan la importancia de la comunicación con los padres y de las intervenciones familiares.¹²²⁻¹²⁴

Agentes Infecciosos

Se sabe que la infección crónica con varios virus y bacterias, incluyendo el virus del papiloma humano, el *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), el virus de hepatitis B y el virus de hepatitis C causa cáncer.¹²⁵ Afortunadamente, existen oportunidades para prevenir y tratar muchas de estas infecciones.

Helicobacter pylori (*H. pylori*)

El *H. pylori* es una bacteria que crece en el estómago pero que rara vez causa síntomas. La infección crónica causa inflamación y daño al revestimiento del estómago que puede finalmente resultar en cáncer de estómago y linfoma gástrico.^{126, 127} Se cree que la transmisión de *H. pylori* tiene lugar de una persona a otra por vía fecal-oral y oral-oral y es propiciada por condiciones de hacinamiento y condiciones de salubridad relativamente deficientes. La infección por *H. pylori* en los EE. UU. fue aproximadamente tres veces más alta en los mexicanos que en los blancos no hispanos en un estudio demográfico (64% en comparación con 21%, respectivamente).⁷⁴ La prevalencia más alta en los hispanos de los EE. UU. en gran parte refleja las tasas basales en los países de origen, las cuales van de 49% en Argentina a 75% en Chile.^{128, 129}

Existen varios medicamentos y regímenes que se usan para tratar el *H. pylori*¹³⁰ y existe cierta evidencia que indica que las tasas de incidencia y de mortalidad por cáncer gástrico se reducen en personas con infección con *H. pylori* que fueron tratadas con antibióticos en comparación con quienes no fueron tratadas.⁷³ En 2014, la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer recomendó que los países con alta incidencia de cáncer gástrico (incluyendo Chile y Argentina) deben incorporar la detección y el tratamiento del *H. pylori* en sus programas de control del cáncer.¹³¹ Sin embargo, en los EE. UU., no existe ninguna recomendación de realizar exámenes de detección en personas asintomáticas para el *H. pylori* debido a la baja incidencia de cáncer gástrico.

Virus de Hepatitis B (VHB) y Virus de Hepatitis C (VHC)

La infección con VHB o VHC se vuelve en crónica cuando el sistema inmunitario no puede eliminarla. La infección crónica con estos virus puede causar cirrosis y cáncer de hígado^{132, 133} y se identifica cada vez más como un factor de riesgo para el linfoma no Hodgkin.⁵⁹

VHB: El VHB se transmite a través del contacto de la sangre o las mucosas con sangre o fluidos corporales infectados (por ej., semen, saliva). La mayoría (95%) de los adultos recientemente infectados eliminará el virus a seis meses de la infección, mientras que la mayoría de los niños pequeños infectados desarrollarán una infección crónica.¹³³ La vacuna contra VHB ha estado disponible desde 1982 y es la principal estrategia de prevención. Quienes deben vacunarse incluyen a recién nacidos, niños y algunos adultos (por ej., grupos de alto riesgo, personas con diabetes tipo 1 o tipo 2).¹³⁴ En 2016, 89% de los adolescentes hispanos habían recibido al menos tres dosis de la vacuna contra VHB, similar a los blancos no hispanos (92%).¹³⁵ Sin embargo, la cobertura de la vacuna en los adolescentes nacidos en el extranjero es considerablemente más baja que en los adolescentes nacidos en los EE. UU.¹³⁶ La mayoría de las infecciones nuevas con VHB ocurren en adultos no vacunados que practican conductas de riesgo (por ej., usuarios de estupefacientes inyectables, hombres que mantienen relaciones sexuales sin protección con otros hombres y adultos que tienen relaciones sexuales con múltiples parejas).^{137, 138} Aunque la transmisión de madre a hijo y la infección en ámbitos de atención médica debido a pinchazos de agujas es posible, estas son rutas de transmisión menos comunes en los EE. UU.¹³³

En los EE. UU. la prevalencia de infección crónica con VHB no ha cambiado desde 1999, con aproximadamente 850,000 a 2.2 millones de personas que actualmente viven con infección crónica con VHB.^{139, 140} Según los datos de la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición de 2007-2012 (NHANES), menos de 0.1% de estadounidenses blancos y mexicanos tuvieron infección crónica con VHB. Aunque la prevalencia de infección crónica con VHB en América Latina es por lo general similar a la de los EE. UU., esta es elevada en algunas áreas tales como

la región andina.¹⁴¹ Por consiguiente, la prevalencia de infección crónica en inmigrantes a los EE. UU. varía considerablemente por país de origen.¹⁴⁰ Se recomienda la detección de la infección crónica con VHB para personas en alto riesgo, incluyendo los inmigrantes de países donde la prevalencia basal es de 2% o superior.¹⁴²

VHC: La transmisión del VHC ocurre principalmente por compartir agujas durante el uso de estupefacientes inyectables, pero también puede ocurrir a través de lesiones resultantes de pinchazos con agujas en ámbitos de atención médica, transmisión de madre a hijo durante el nacimiento y contacto sexual con una pareja infectada (si bien esto es poco común).¹⁴³ La mayoría de las personas con el VHC desarrollarán una infección crónica y no serán conscientes de su infección sino hasta que presenten síntomas de enfermedad hepática. A diferencia del VHB, no existe ninguna vacuna que brinde protección contra el VHC. Las principales estrategias de prevención incluyen educar a las personas no infectadas que tienen alto riesgo de presentar infección acerca de la prevención a la exposición y asesorar a las personas infectadas sobre cómo evitar la transmisión a otras personas. En 2013, El Grupo de Trabajo de Servicios de Prevención de los EE. UU. (*US Preventive Services Task Force*) actualizó sus guías recomendando hacerse exámenes de detección por única vez a los hombres y las mujeres nacidas entre 1945 y 1965 dado que las personas nacidas durante este periodo de tiempo representan la gran mayoría de las infecciones con VHC en los EE. UU., y las tasas de mortalidad asociadas con el VHC son más altas en esta cohorte de nacimiento.¹⁴⁴ Sin embargo, según datos de todo el país desde 2015, aproximadamente 14% de los adultos en esta cohorte de nacimiento se ha sometido a exámenes alguna vez, con una prevalencia de detección similar en los hispanos en comparación con los blancos no hispanos.¹⁴⁵ Se aconseja que quienes tienen resultados positivos para el VHC empiecen un tratamiento antiviral a fin de reducir los efectos sobre la salud relacionados con la infección con VHC, incluyendo el cáncer de hígado.¹⁴⁴

En los EE. UU., aproximadamente 3.5 millones de personas viven con infección con VHC.¹⁴⁶ En un análisis de los datos de la NHANES, los mexicanos y los blancos no hispanos nacidos entre 1945 y 1970 tuvieron una

prevalencia similar de infección con VHC (2.7% en comparación con 2.8%, respectivamente).⁶² Aunque los datos por subgrupo hispano son limitados, un estudio encontró que los puertorriqueños que viven en los EE. UU. continentales o en Hawái tuvieron una prevalencia de infección crónica con VHC considerablemente más alta que la de otros subgrupos hispanos, mientras que los sudamericanos tuvieron la prevalencia más baja.⁶³

Virus del Papiloma Humano (VPH)

El VPH es la infección de transmisión sexual más común en los EE. UU., con aproximadamente 14 millones de personas que contraen la infección anualmente.¹⁴⁷ Aunque la mayoría de las infecciones con VPH son eliminadas por el cuerpo y no causan cáncer, prácticamente todos los cánceres de cuello uterino son causados por la infección persistente con VPH. La infección persistente con VPH también causa aproximadamente 90% de los cánceres anales, 70% de los cánceres orofaríngeos y 60 a 70% de los cánceres de vagina, vulva y pene.¹⁴⁸ El cáncer de cuello uterino es el cáncer relacionado con el VPH más común en las mujeres, y el cáncer de orofaringe es el más común en los hombres.¹⁴⁹ Existen más de 100 tipos de VPH, solo aproximadamente 13 de los cuales causan cáncer.¹⁵⁰ Los tipos 16 y 18 representan alrededor de 70% de todos los cánceres de cuello uterino a nivel mundial y prácticamente de todos los demás cánceres relacionados con el VPH. No obstante, en las mujeres hispanas, una mayor proporción de cánceres de cuello uterino son causados por otros tipos de VPH que no son los tipos 16 y 18.^{151, 152} En los adultos, las últimas estimaciones de la prevalencia de infecciones con el VPH que causan cáncer oral y genital fueron similares entre los hispanos y los blancos no hispanos.¹⁵³

La vacunación brinda protección contra nueve tipos de VPH y tiene el potencial de evitar aproximadamente 90% de los cánceres causados por el VPH.¹⁵⁴ Los resultados de muchos estudios grandes indican que las vacunas contra el VPH son seguras y eficaces para prevenir la infección.¹⁵⁵ A partir de 2017, la Sociedad Americana Contra El Cáncer, de conformidad con el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación, recomienda la vacunación de rutina contra el VPH de niñas y niños

Recomendaciones de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para el Uso de la Vacuna contra el VPH

- La vacunación de rutina contra el HPV para las chicas y chicos debe iniciarse a partir de los 11 a 12 años de edad. La serie de vacunas puede iniciarse tan temprano como a los 9 años de edad.
- La vacuna contra el VPH también se recomienda para las mujeres de 13 a 26 años de edad y para los hombres de 13 a 21 años de edad que no han iniciado o completado las series de 2 dosis. Los hombres de 22 a 26 años de edad también pueden vacunarse*.
- Las vacunas contra el HPV también se recomiendan a los 26 años de edad para los hombres que han tenido sexo con hombres y para las personas con sistemas inmunitarios debilitados (incluyendo personas con infección con VIH), si no se han vacunado anteriormente.

**La vacunación a edades más avanzadas es menos efectiva para reducir el riesgo de cáncer.*

a partir de los 11 a 12 años de edad, y probablemente tan temprano como los 9 años de edad (vea la barra lateral).¹⁵⁶ La vacunación contra el VPH complementa, en lugar de reemplazar, los exámenes de detección de cáncer de cuello uterino porque estas vacunas no brindan protección contra todos los tipos de VPH que causan cáncer de cuello uterino. Todas las mujeres, incluyendo quienes se han vacunado, deben hacerse exámenes regulares de detección del cáncer (vea página 30).

El inicio y la finalización de las series de la vacuna contra el HPV sigue siendo más baja que las de otras vacunas de rutina recomendadas en todos los grupos raciales y étnicos.¹³⁵ En 2016, la proporción de adolescentes hispanos que iniciaron la vacunación contra el VPH fue más alta que en los blancos no hispanos tanto para las niñas adolescentes (72% en comparación con 60%, respectivamente) como para los niños adolescentes (68% en comparación con 50%, respectivamente);¹⁵⁷ los hispanos también fueron más propensos a completar las series de vacunación, 55% en comparación con 46% en las niñas y 46% en comparación con 35% en los niños.

En la población hispana, la recomendación del proveedor juega un papel especialmente importante en uso de la vacuna contra el VPH para ambos, los niños y las niñas.^{158, 159} Por ejemplo, entre 2010 y 2012, los padres hispanos que recibieron una recomendación del proveedor fueron ocho veces más propensos a vacunar a sus hijos que los padres que no recibieron dicha recomendación.¹⁵⁹ La adopción de la vacuna contra el VPH también ha demostrado ser alta en comunidades hispanas con similar composición racial/étnica.¹⁶⁰

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

El VIH es un virus principalmente transmitido a través de la relación sexual y el uso de estupefacientes inyectables y puede estar presente en el cuerpo por un largo periodo de tiempo sin que presente síntomas. Sin embargo, a medida que el VIH avanza, el sistema inmunitario se debilita y se desarrolla el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El sistema inmunitario debilitado de las personas con VIH/SIDA aumenta indirectamente el riesgo de presentar varios cánceres, incluyendo sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkin y cáncer de cuello uterino.¹⁶¹ Las personas infectadas con VIH tienen un mayor riesgo para otros agentes infecciosos que causan cáncer (por ej., el virus del herpes del sarcoma de Kaposi, VHC, VHB y VPH), en parte esto se debe a rutas de transmisión compartidas.¹⁶² Las personas infectadas con VIH también tiene tasas más altas de cáncer de pulmón, lo cual se cree que está relacionado con tasas de tabaquismo más altas en esta población, así también como con inmunosupresión.^{161, 163} Existen varias estrategias de prevención primaria para el VIH, tal como prácticas de sexo seguras y el uso de agujas esterilizadas. No existe ninguna vacuna contra el VIH, no obstante hay profilaxis disponible para personas con alto riesgo. Hay tratamiento disponible para hombres con VIH, el cual, según se ha comprobado reduce el riesgo de cáncer.¹⁶⁴ La prevalencia de personas diagnosticadas con VIH es 2.5 veces más alta en los hispanos que en los blancos.¹⁶⁵ La mayoría de los casos de VIH en los hispanos tiene lugar en los hombres, especialmente quienes tienen sexo con otros hombres. Visite cdc.gov/hiv Para obtener más información sobre el VIH.

Detección del Cáncer

Los exámenes periódicos de detección pueden detectar el cáncer en una etapa temprana y mejorar la probabilidad de un tratamiento exitoso para algunos cánceres.¹⁵⁶ Los exámenes de detección también pueden contribuir a la prevención de los cánceres cervical y colorrectal mediante la detección de crecimientos precancerosos que pueden ser extirpados. Las guías de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para la detección temprana del cáncer están disponibles en cancer.org/es/saludable/encontrar-cancer-tempranamente/guias-de-pruebas-de-deteccion-del-cancer/guias-de-la-sociedad-americana-contr-el-cancer-para-la-deteccion-temprana-del-cancer.html. Para obtener información sobre los exámenes de detección del cáncer además de los que se incluyen en este capítulo, visite cancer.org/research/cancer-facts-statistics.html para ver la última edición de *Datos y Estadísticas de la Prevención y Detección Temprana del Cáncer (Cancer Prevention & Early Detection Facts & Figures)*.

Exámenes de Detección del Cáncer de Seno

La mamografía es un procedimiento de rayos X de dosis baja que puede detectar el cáncer de seno en una etapa en la que el tratamiento puede ser más eficaz. Las guías de detección del cáncer de 2015 de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para mujeres con riesgo promedio recomiendan que quienes tienen de 40 a 44 años de edad tengan la opción de empezar a hacerse una mamografía anual; quienes tienen de 45 a 54 años de edad se hagan una mamografía anual; y quienes tienen 55 años de edad en adelante tengan la opción de pasar a un programa cada dos años o continuar con una mamografía anual. Las mujeres deben continuar haciéndose exámenes de detección en tanto gozan de buen estado general de salud y tienen una expectativa de vida de 10 o más años.¹⁶⁶ La prevalencia de la mamografía en las mujeres hispanas sigue siendo más baja que en las mujeres blancas no hispanas, aunque la diferencia se está reduciendo.¹⁰⁶ En 2015, la prevalencia de la detección con mamografía en los últimos dos años en las mujeres de 40 y más años de edad fue de 61% en las hispanas en comparación con 65% en las blancas no hispanas (Tabla 8). Sin embargo, el uso

de la mamografía varió considerablemente por subgrupo, de 51% en las cubanas a 67% en las puertorriqueñas. Las diferencias en la duración de tiempo en los EE. UU. y el acceso a seguro médico en todos los subgrupos puede en parte explicar estas diferencias.¹⁶⁷

Exámenes de Detección del Cáncer de Cuello Uterino

El uso regular de las pruebas de Papanicolaou (Pap) y de los análisis de VPH y el tratamiento oportuno pueden ayudar a prevenir ambos, la ocurrencia de cáncer de cuello uterino y la muerte.¹⁶⁸ En resumen, la Sociedad Americana Contra El Cáncer recomienda hacerse la prueba de Papanicolaou cada 3 años para las mujeres de 21 a 29 años de edad y el análisis de VPH con la prueba de Pap cada 5 años para las mujeres de 30 a 65 años de edad, aunque la prueba de Pap sin el análisis de VPH es aceptable en este grupo etario. Las mujeres pueden dejar de hacerse exámenes de detección de cáncer de cuello uterino a los 65 años de edad, dependiendo de los resultados de pruebas anteriores o si se han sometido a una histerectomía total.¹⁶⁸ Las mujeres que tienen un riesgo alto para el cáncer de cuello uterino, tal como las que presentan infección con VIH, tienen un trasplante de órganos, o exposición al dietilestilbestrol (DES), pueden requerir exámenes de detección con mayor frecuencia. Incluso las mujeres que han sido vacunadas contra el VPH deben hacerse exámenes de detección, dado que la vacuna no brinda protección contra infecciones establecidas ni contra todos los tipos de VPH.

La prevalencia de la detección de cáncer de cuello uterino en las mujeres hispanas continúa siendo más baja que en las blancas no hispanas y disminuyó de 2000 a 2015.^{106, 169} En 2015, 79% de las mujeres hispanas estaban al día con los exámenes de detección de cáncer de cuello uterino en comparación con 85% de las blancas no hispanas (Tabla 8). En los subgrupos hispanos, la prevalencia de la detección varía de 78% en las mexicanas a 84% en las cubanas. La prevalencia de la detección de cáncer de cuello uterino en las mujeres hispanas sin seguro médico (67%) es más alta que en las mujeres blancas

Tabla 8. Uso de Exámenes Selectivos de Detección del Cáncer (%), Adultos, EE. UU., 2015

	Hispanos		Subgrupos de origen hispano					Blancos no hispanos	
	Todos	No asegurado (≤64 años de edad)	Mexicanos	Puerto-riqueños	Cubanos	Centro-americanos / Sudamericanos	Dominicanos	Todos	No asegurado (≤64 años de edad)
Exámenes selectivos de detección del cáncer de cuello uterino (mujeres de 21 a 65 años de edad)*									
Prueba de Papanicolaou en los últimos tres años	77	64	77	79	82	77	81	83	58
Al día†	79	67	78	80	84	81	82	85	61
Exámenes selectivos de detección del cáncer de seno (mujeres de 40 años de edad en adelante)									
Mamograma en el último año	46	22	44	50	40	50	48	50	20
Mamograma en los últimos dos años	61	34	60	67	51	67	59	65	28
Exámenes selectivos de detección de cáncer colorrectal‡									
En general									
45+ años de edad	42	13	38	53	48	42	37	56	25
50+ años de edad	50	14	46	62	51	52	40	65	30
Masculino/Hombre									
45+ años de edad	41	§	37	52	50	45	§	57	23
50+ años de edad	50	§	45	65	48	55	§	66	30
Femenino/Mujer									
45+ años de edad	43	9	40	53	46	41	35	56	28
50+ años de edad	50	10	47	60	56	50	§	65	32

Los datos excluyen a Puerto Rico. *En mujeres con útero intacto. †Prueba de Pap en los últimos 3 años en mujeres de 21 a 65 años de edad o Prueba de Pap y análisis de VPH en los últimos 5 años en mujeres de 30 a 64 años de edad. ‡Prueba de sangre oculta en heces (FOBT) en el último año, sigmoidoscopia en los últimos cinco años, o colonoscopia en los últimos 10 años. La utilización de colonografía por tomografía computarizada (CTC) en los últimos 5 años fue <2% e incorporar la CTC en las estimaciones de los exámenes de detección en general no alteró los resultados y no se incluye en las estimaciones que se brindan arriba. §No se proporcionan estimaciones debido a la inestabilidad. NOTA: Las estimaciones están ajustadas a la población estándar de los EE. UU. del año 2000 y no hacen distinción entre los exámenes de detección y de diagnóstico.

Fuente: Encuesta Nacional de Entrevista de Salud, 2015.

©2018, Investigación sobre la Vigilancia de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

no hispanas sin seguro médico (61%); las evidencias sugieren que las minorías con ingresos bajos pueden ser más expertas en acceder a la red de seguridad y programas subsidiados que las blancas no hispanas.¹⁷⁰ Las mujeres nacidas en los EE. UU. son más propensas que las inmigrantes (especialmente quienes están en los EE. UU. desde hace menos de 10 años) a hacerse exámenes de detección del cáncer de cuello uterino.^{169, 171}

Exámenes de Detección del Cáncer Colorrectal

Los exámenes de detección del cáncer colorrectal (CCR) pueden prevenir el cáncer a través de la detección y extirpación de crecimientos precancerosos y pueden detectar el cáncer en una etapa más temprana, cuando

el tratamiento por lo general es más exitoso. La Sociedad Americana Contra El Cáncer recomienda que las personas de 45 años de edad con riesgo promedio empiecen a hacerse exámenes de detección del cáncer colorrectal con un análisis de materia fecal, el cual se hace en el hogar, o un examen visual, el cual se lleva a cabo en un centro de atención médica.¹⁷² Para las pruebas de materia fecal, las opciones incluyen la prueba inmunoquímica fecal (FIT, en inglés) o la prueba de sangre oculta en heces con guayaacol de alta sensibilidad (HS-gFOBT, en inglés) cada año o el test multiana de ADN en heces (mt-sDNA, en inglés) cada 3 años. Las opciones para exámenes visuales son colonoscopia cada 10 años o colonografía por tomografía computarizada (CTC) o sigmoidoscopia flexible (SF) cada 5 años. Los resultados positivos de cualquier prueba que no sea una

Programas Nacionales para Aumentar la Detección del Cáncer

Los CDC han establecido dos programas para mejorar el acceso y la adopción de los exámenes de detección de cáncer que se enfocan en las poblaciones recomendadas, especialmente en las que integran grupos con ingresos bajos y minoritarios:

- El Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer de Seno y de Cuello Uterino (NBCCEDP) proporciona a las mujeres con ingresos bajos, sin seguro médico y con seguro médico deficiente, acceso a servicios de detección y diagnóstico oportunos y de alta calidad para cánceres de seno y de cuello uterino. El NBCCEDP ha prestado servicio a más de 5.3 millones de mujeres desde su inicio en 1991.¹⁸⁵ Durante 2012 a 2016, 37% y 31% de las mujeres que se sometieron a exámenes de detección para cáncer de cuello uterino y de seno, respectivamente, fueron hispanas.
- El Programa de Control del Cáncer Colorrectal ha proporcionado subsidios totalizando aproximadamente \$23 millones a 23 estados, seis universidades y una organización tribal Indígena de los EE. UU. a partir de junio de 2018, con el objetivo de aumentar el uso de los exámenes selectivos de detección de cáncer colorrectal (CCR). El programa trabaja con sistemas de salud para fortalecer estrategias de probada eficacia a fin de mejorar la detección de calidad y a menudo también apoya la detección de manera directa.

colonoscopia deben ser seguidos por una colonoscopia a tiempo para completar el proceso de detección.

En 2015, la prevalencia de los exámenes de detección de CCR en los hispanos (50%) fue considerablemente más baja que en los blancos no hispanos (65%) en los adultos de 50 años de edad en adelante (Tabla 8); en las personas de 50 a 64 años de edad, la diferencia fue aún mayor (43% en comparación con 61%).¹⁷¹ Estas diferencias se deben en gran medida al uso más bajo de la colonoscopia en los hispanos, dado que el uso de pruebas en heces es similar.²¹ El uso de exámenes de detección también varía mucho por origen hispano, de 37% en los dominicanos a 53% en los puertorriqueños.

En las personas sin seguro médico, la prevalencia de los exámenes de detección de CCR en los blancos no hispanos fue más del doble que la de los hispanos (Tabla 8), a diferencia de las tasas de exámenes de detección más altas para los cánceres de cuello uterino y de seno en hispanos en comparación con los blancos no hispanos. La Tabla 8 también proporciona la prevalencia de los exámenes de detección para personas de 45 años de edad en adelante para reflejar la edad más temprana al momento de inicio de conformidad con la guía de 2018 de la Sociedad Americana Contra El Cáncer.

Exámenes de Detección del Cáncer de Próstata

En la actualidad, ninguna organización recomienda el análisis del antígeno prostático específico (APE) de rutina para la detección temprana del cáncer de próstata debido a la preocupación cada vez mayor de un sobrediagnóstico frecuente (diagnóstico de cáncer que no habría causado daño) y el riesgo considerable de efectos secundarios graves del tratamiento del cáncer de próstata.¹⁷³ La Sociedad Americana Contra El Cáncer recomienda que los hombres asintomáticos con una expectativa de vida de 10 años tengan la oportunidad de tomar una decisión informada con su proveedor de atención médica sobre si hacerse exámenes de detección del cáncer de próstata mediante el uso del análisis de APE con o sin un examen rectal digital. La decisión sobre los exámenes de detección debe tomarse únicamente después de recibir información sobre las dudas, los riesgos y los beneficios potenciales asociados con los exámenes de detección.¹⁷³ Los hombres deben recibir esta información a partir de los 50 años de edad para quienes tienen un riesgo promedio y a los 40 o 45 años de edad para quienes tienen alto riesgo, tales como los hombres afroamericanos y los hombres con antecedentes familiares de la enfermedad. No se deben ofrecer los exámenes de detección del cáncer de próstata a los hombres asintomáticos quienes tienen una expectativa de vida menor a 10 años.¹⁵⁶ No hubo cambio en la prevalencia general de la toma de decisiones compartidas de 2010 a 2015, aunque la toma de decisión compartida a pleno (con información de ventajas, desventajas e incertidumbres del análisis de APE) aumentó en tanto que la participación de solo las

Mesa Redonda Nacional sobre el Cáncer Colorrectal

La Mesa Redonda Nacional sobre el Cáncer Colorrectal (NCCRT), establecida en 1997 por la Sociedad Americana Contra El Cáncer y los CDC, es una coalición nacional de organizaciones públicas, privadas y voluntarias así también como de personas invitadas quienes están dedicadas a reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer colorrectal en los EE. UU. a través de un liderazgo coordinado, planificación estratégica y promoción. El objetivo final de la NCCRT es incrementar el uso de exámenes de detección del cáncer colorrectal de probada eficacia en toda la población para la cual se indican los exámenes de detección. La NCCRT ha creado *La Guía Complementaria sobre Cáncer Colorrectal para Hispanos/*

Latinos (The Hispanics/Latinos and Colorectal Cancer Companion Guide), la cual se basa en estudios de mercado sobre los hispanos/latinos a quienes no se les ha realizado exámenes de detección del cáncer colorrectal según las guías recomendadas. La guía incluye: (1) apreciaciones sobre el cáncer colorrectal y los obstáculos para la detección en los hispanos/latinos que no se han sometido a exámenes de detección; (2) recomendaciones para alcanzar a los hispanos/latinos que no se han sometido a exámenes de detección; y (3) mensajes probados en español. La guía está disponible en nccrt.org/resource/hispanicslatinos-colorectal-cancer-companion-guide/.

ventajas disminuyó.¹⁷⁴ Un estudio no reportó diferencias entre los hombres hispanos y los blancos no hispanos en lo que respecta a la prevalencia de la toma de decisiones compartidas,¹⁷⁵ aunque las tasas de análisis de APE en 2015 fueron más altas en los blancos no hispanos (37%) en comparación con los hispanos (26%).¹⁷⁶

Exámenes de Detección del Cáncer de Pulmón

Un estudio clínico aleatorizado de muestra grande en fumadores que dejaron el hábito y fumadores actuales empedernidos ha mostrado un 20% de reducción en la mortalidad por cáncer de pulmón en quienes se sometieron a exámenes de detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada helicoidal de baja dosis (LDCT) en comparación con radiografías de tórax.⁴⁹¹⁷⁷ La Sociedad Americana Contra El Cáncer recomienda la detección anual con LDCT para adultos aparentemente saludables de 55 a 74 años de edad quienes tienen al menos un historial de tabaquismo equivalente a un paquete diario por 30 años y quienes actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años.¹⁷⁸ Los pacientes con este historial de tabaquismo deben hacerse exámenes de detección si: (1) reciben asesoramiento para dejar de fumar basado en las evidencias si son fumadores actuales; (2) han pasado por un proceso de toma de decisión informada/compartida que incluyó información sobre los posibles beneficios, limitaciones y perjuicios de los exámenes de detección con LDCT; y (3) tienen acceso a un centro de alto volumen y alta calidad

en exámenes de detección y tratamiento del cáncer de pulmón. En todas las razas combinadas, la prevalencia de detección con LDCT para el cáncer de pulmón en 2010 y 2015 fue baja (menos de 5%) y sin cambios, lo que refleja los desafíos actuales para implementar los distintos elementos requeridos para la detección.¹⁷⁹

Estrategias para Mejorar la Detección del Cáncer

Muchos hombres y mujeres hispanos en los EE. UU. experimentan obstáculos para la atención médica, tales como la falta de seguro médico o de una fuente de atención habitual, lo que se refleja en un uso más bajo de los servicios de prevención como los exámenes de detección del cáncer.¹⁰⁶ En algunos estudios se ha asociado el nivel educativo por lo general más bajo en los latinos con una utilización más baja de los exámenes de detección del cáncer, probablemente esto se debe a un menor conocimiento acerca de la prevención y la detección del cáncer. El fatalismo y el temor también actúan como obstáculos para la detección del cáncer.¹⁸⁰ Los programas de enlace comunitario, las intervenciones culturalmente dirigidas llevadas a cabo por promotores de salud hispanos y el apoyo médico para promover los beneficios de la detección temprana del cáncer son estrategias eficaces para mejorar las tasas de detección en los hispanos.¹⁸¹⁻¹⁸³ El uso de guías de pacientes también aumenta la adopción de los exámenes de detección.¹⁸⁴ En la sección siguiente puede encontrar más información sobre los factores socioeconómicos y culturales que afectan las conductas de detección.

Factores que Influyen en la Salud: Estatus Socioeconómico, Valores Culturales y Creencias

La ocurrencia y la supervivencia del cáncer se ven influenciadas por factores económicos, sociales y culturales. El estatus socioeconómico, según las mediciones de ingresos y educación, es el factor más crítico que afecta la salud y la longevidad. Esto influye en la prevalencia de factores de riesgo subyacentes para el cáncer y el acceso a seguro médico, cuidados de prevención, detección temprana y tratamiento. Los factores culturales, como idioma, valores y tradiciones, también pueden influir en las conductas, creencias acerca de la enfermedad y de los enfoques al cuidado médico. Otros factores, incluyendo el ambiente, el estado de salud previo y actual y factores psicológicos, también ejercen influencia considerable en la carga del cáncer en la población hispana. Los factores genéticos relacionados con la ascendencia pueden contribuir a un mayor riesgo para algunos tipos de cáncer,^{18, 22} sin embargo representan una proporción muy reducida de la carga del cáncer en los hispanos.

Características Socioeconómicas

En los EE. UU., los hispanos en comparación con los blancos no hispanos, tienen niveles educativos más bajos y son más propensos a vivir en la pobreza. En

2016, 19% de todos los hispanos vivían en la pobreza en comparación con 9% de los blancos no hispanos.¹⁸⁶ Sin embargo, también hay diferencias socioeconómicas considerables en la comunidad hispana según el país de origen. Por ejemplo, durante 2012 a 2016, los dominicanos tuvieron casi el doble de probabilidades que los sudamericanos de vivir en la pobreza (27% en comparación con 14%, respectivamente) y de no tener un diploma de escuela secundaria (31% en comparación con 15%, respectivamente) en 2013 (Tabla 9).¹¹¹

Acceso a la Atención Médica

El acceso a la atención médica influye en el uso de servicios de prevención (por ej., vacunación y exámenes selectivos de detección del cáncer), así también como en la recepción de tratamiento del cáncer y cuidados de seguimiento.³⁵ Muchos hispanos enfrentan obstáculos económicos (por ej., seguro médico inapropiado, alto nivel de pobreza), estructural (por ej., acceso geográfico deficiente a proveedores) y obstáculos personales (por ej., factores culturales y lingüísticos, prejuicios del proveedor) para la atención médica.^{187, 188} Muchos factores subyacentes contribuyen a la falta de cobertura de atención médica y a no tener una fuente de atención

Tabla 9. Características Socioeconómicas (%) por Raza/Origen Étnico y Origen Hispano, EE. UU., 2012-2016

	Hispanos		Subgrupos de origen hispano					Blancos no hispanos
	Todos	Mexicanos	Puerto-riqueños	Cubanos	Centro-americanos	Sud-americanos	Dominicanos	Todos
Nacidos en el extranjero	35	33	2	57	60	62	55	4
Ingresos por debajo del índice federal de pobreza	23	25	25	19	23	14	27	11
No hablan bien en inglés o no hablan inglés en absoluto*	25	25	13	34	35	21	31	11
Tienen menos que un título secundario, adultos ≥25 años de edad	34	40	22	21	44	14	31	8

Los datos excluyen a Puerto Rico. *En encuestados ≥5 años de edad quienes indicaron que en el hogar se hablaba otro idioma diferente al inglés. Se pidió a los encuestados que clasifiquen el nivel de habilidad para hablar en inglés como "no habla en inglés en absoluto", "no habla bien", "habla bien", "habla muy bien".

Fuentes: Oficina del Censo de los EE. UU., Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense, Archivos de microdatos de uso público, 2012-2016. Disponible en <https://dataferrett.census.gov/>. Fecha de acceso el 6 de agosto de 2018.

©2018, Investigación sobre la Vigilancia de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

Tabla 10. Características de Acceso a la Atención Médica por Raza/Origen Étnico y Origen Hispano, EE. UU., 2016-2017

	Hispanos		Subgrupos de origen hispano				Blancos no hispanos
	Todos	Mexicanos	Puertorriqueños	Cubanos	Centro-americanos/Sudamericanos	Dominicanos	Todos
No tienen cobertura de atención médica							
Por edad:							
<18 años	8	9	*	*	11	*	4
18 a 64 años de edad	25	29	9	22	27	15	9
65 años en adelante	3	3	†	*	*	*	<1
Por lugar de nacimiento (18 años de edad en adelante):							
Nacidos en los EE. UU.	11	12	7	15	11	*	7
Nacidos en el extranjero	31	36	*	22	26	13	10
No tienen una fuente de atención médica habitual (18 a 64 años de edad)							
En general	24	25	18	24	26	15	15
Hombres	28	29	18	25	34	27	19
Mujeres	19	20	17	23	19	*	11

Los datos excluyen a Puerto Rico. *No se presentan estimaciones debido a la inestabilidad. †No se puede calcular el error relativo estándar. NOTA: Las estimaciones para los adultos están ajustadas por edad a la población estándar de los EE.UU. del año 2000.

Fuente: Encuestas Nacionales de Entrevistas de Salud, 2016 y 2017.

©2018, Investigación sobre la Vigilancia de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

habitual. Por ejemplo, los hispanos son mucho más propensos que los blancos a trabajar en servicios agrícolas, de construcción, domésticos y alimentarios y en otras ocupaciones de salarios bajos, las cuales es menos probable que ofrezcan seguro médico provisto por el empleador y licencia laboral remunerada.^{187, 189} Los obstáculos para la atención médica son especialmente frecuentes en los trabajadores inmigrantes hispanos.

En los EE. UU. el acceso a la atención médica está estrechamente relacionado con la cobertura del seguro médico. Los hispanos son los menos propensos a tener seguro médico que cualquier grupo racial o étnico; entre las personas de 18 a 64 años de edad, 25% de los hispanos no tuvieron seguro médico durante 2016 a 2017 en comparación con 9% de los blancos no hispanos (Tabla 10). En la población hispana, las tasas de personas no aseguradas son más altas en los mexicanos (29%) y en quienes nacieron en el extranjero (36%). Los hispanos en general son menos propensos a tener una fuente habitual de atención médica que los blancos no hispanos (24% en comparación con 15%, respectivamente).

La aprobación en 2010 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA, en inglés) y la ampliación subsiguiente de Medicaid ofrece cierta posibilidad actual y futura para mitigar la carga financiera de los servicios de prevención y reducir considerablemente el número de hispanos no asegurados, especialmente entre quienes tienen un estatus socioeconómico más bajo. Después del primer periodo de inscripción abierta de la ACA, el porcentaje de hispanos en edad laboral no asegurados en los EE. UU. disminuyó 36% entre septiembre de 2013 y junio de 2014; en los estados que ampliaron Medicaid, el porcentaje disminuyó por más de 50%.¹⁹⁰ Los resultados preliminares de un estudio sugieren que la provisión de servicios de prevención de la ACA pueden estar contribuyendo a la detección temprana del cáncer de seno en las minorías raciales/étnicas, incluyendo los hispanos.¹⁹¹

No obstante, aún quedan varios cambios por hacer para expandir los beneficios de ACA a todos los hispanos no asegurados. A partir de junio de 2018, algunos estados con poblaciones hispanas grandes, tales como Texas y Florida, han optado por no ampliar la cobertura de Medicaid. Además, los obstáculos del idioma pueden impedir que un número considerable

de hispanos se inscriba; después del primer periodo de inscripción, 30% de los hispanos hispanohablantes continuaron sin seguro médico en comparación con 19% de quienes hablan principalmente en inglés. En particular, la inscripción no está abierta a inmigrantes indocumentados, quienes componen aproximadamente un cuarto de la población inmigrante de los EE. UU. y son principalmente hispanos.¹⁹² Debido a que los inmigrantes indocumentados a menudo no pueden obtener empleo con seguro médico proporcionado por el empleador, las desigualdades considerables en el acceso a la atención médica en este grupo siguen siendo motivo de preocupación.¹⁹³

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

Valores Culturales y Creencias

La sensibilidad cultural o la competencia cultural, es un elemento importante al proporcionar atención médica y servicios de prevención de alta calidad a diversas poblaciones, especialmente en el ámbito de la atención del cáncer.¹⁹⁴ Se trata de un conjunto de actitudes, habilidades, conductas y políticas que permiten que las organizaciones y el personal trabajen eficazmente en

situaciones interculturales.¹⁹⁵ La competencia cultural refleja la capacidad de adquirir y usar conocimientos sobre creencias, actitudes, prácticas y patrones de comunicación relacionados con la salud de los pacientes y sus familias para mejorar los servicios, fortalecer los programas, aumentar la participación de la comunidad y reducir las diferencias en el estatus de la salud en los diversos grupos de población. Ésta también incluye conocimientos específicos de la población, como valores culturales, prevalencia de la enfermedad y eficacia del tratamiento.¹⁹⁶

El crecimiento cada vez mayor de las comunidades de diversas etnias, cada una con sus propias características culturales y perfiles de salud, presenta desafíos para los sistemas de prestación de atención médica y para los profesionales individuales. Muchos expertos han sugerido que la competencia cultural en los proveedores de atención médica juega un papel importante en la reducción de las diferencias en todos los grupos raciales y étnicos.¹⁹⁴ Muchas organizaciones han desarrollado recursos sobre competencia cultural para asistir a proveedores médicos y profesionales de la salud pública. Dos ejemplos son el Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland (health.maryland.gov/mhhd/CCHLP/Documents/Cover.pdf) y la Oficina de Salud de las Minorías de los EE. UU. (minorityhealth.hhs.gov/omh/content.aspx?id=6515&lvl=2&lvlid=16).

Cómo Salva Vidas la Sociedad Americana Contra El Cáncer

Con un equipo de personal y voluntarios dedicado, la Sociedad Americana Contra El Cáncer está conduciendo la lucha por un mundo sin cáncer. Esta sección proporciona aspectos destacados e información sobre algunos de estos esfuerzos.

Servicios para Pacientes y Cuidadores

La Sociedad Americana Contra El Cáncer proporciona recursos para pacientes y cuidadores que pueden

ayudar a mejorar – incluso a salvar – vidas. Desde traslados gratuitos al tratamiento y a otras citas relacionadas con el cáncer, lugares donde permanecer cuando el tratamiento está lejos de casa hasta nuestra línea de asistencia en vivo las 24 horas, los 7 días de la semana, estamos disponibles para todas las personas con preguntas e inquietudes sobre el cáncer, cuándo y dónde nos necesitan.

Información sobre el Cáncer

El personal solidario y capacitado de la Sociedad Americana Contra El Cáncer conecta a las personas con respuestas sobre el diagnóstico de cáncer, asistencia con el seguro médico, programas y servicios de la Sociedad Americana Contra El Cáncer y referencias a otros servicios en inglés y en español en nuestra línea de asistencia las 24 horas, los 7 días de la semana llamando al 1-800-227-2345. Nuestros sitios web, cancer.org y cancer.org/es, ofrecen miles de páginas de información y novedades sobre el cáncer confiables y precisas, incluyendo información actual sobre tratamientos y efectos secundarios para cada tipo principal de cáncer, así también como programas y servicios cercanos.

Desarrollamos muchos materiales en español para educar acerca del cáncer, incluyendo prevención, detección, efectos secundarios e información para cuidadores, así también como *Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos*. También hay información disponible en otros idiomas. Visite cancer.org/easyreading o cancer.org/cancer-information-in-other-languages/spanish.html para obtener más información.

Programas y Servicios

Se han creado y adaptado muchos programas y servicios de la Sociedad Americana Contra El Cáncer a fin de que sean culturalmente apropiados y específicos al idioma para audiencias latinas. Algunos ejemplos incluyen los siguientes:

Transporte al Lugar de Tratamiento

Uno de los obstáculos más grandes para el tratamiento del cáncer puede ser la falta de transporte. Es por eso que la Sociedad Americana Contra El Cáncer inició el programa Camino A La RecuperaciónSM (Road To Recovery[®]). Este programa forma la parte central de nuestro trabajo de eliminar los obstáculos a la atención médica de calidad proporcionando a los pacientes transporte al tratamiento a través de conductores voluntarios, socios u organizaciones comunitarias.

Alojamiento durante el Tratamiento

El programa Albergue De La EsperanzaTM (Hope Lodge[®]) de la Sociedad Americana Contra El Cáncer proporciona un hogar gratuito lejos del hogar para los pacientes y sus cuidadores. Es más que un techo donde cobijarse, es una comunidad solidaria que ayuda a los pacientes a acceder al cuidado que necesitan. A través de nuestro Programa Hotel Partners (Hoteles Socios), también nos asociamos con hoteles locales de todo el país para proporcionar alojamiento gratuito o con descuento para pacientes que no pueden viajar con frecuencia a las citas de tratamiento.

Ayuda para Orientarse en el Sistema de Atención Médica

Aprender cómo orientarse en el recorrido del cáncer y el sistema de atención médica puede ser abrumador para cualquiera, más aún esto resulta especialmente difícil para las personas que no cuentan con servicios médicos, encuentran obstáculos en el idioma o no tienen conocimientos básicos sobre la salud, o bien para quienes tienen recursos limitados. El Programa Guía de Pacientes (Patient Navigator) de la Sociedad Americana Contra El Cáncer llega a los más necesitados. El programa cuenta con guías de pacientes capacitados en 80 lugares en todo el país. Guía de Pacientes puede ayudar a: encontrar transporte al sitio de tratamiento y a otras citas relacionadas con el cáncer; asistir con asuntos financieros médicos, incluyendo orientación en el seguro médico; identificar recursos comunitarios; y proporcionar información sobre el diagnóstico de cáncer del paciente y el proceso de tratamiento.

Apoyo para Dejar de Fumar

El Programa Quit For Life[®] de la Sociedad Americana Contra El Cáncer es el programa para dejar de fumar más importante del país, el cual se ofrece en 25 estados y territorios, incluyendo Guam y Washington, DC, y cuenta con más de 700 empleadores y planes de salud en todo los EE. UU. Este programa, dirigido y operado por Optum, se basa en los más de 35 años de experiencia combinada en el abandono del hábito. El mismo emplea una combinación de estrategias físicas, psicológicas y conductuales basadas en las evidencias para hacer que a los participantes les sea posible superar su adicción

al tabaco. Una combinación fundamental de apoyo con medicamentos, asesoramiento telefónico cognitivo conductual, envío de mensajes de texto, aprendizaje en línea y herramientas de apoyo proporciona una tasa de abandono del hábito superior a la media. Los participantes del programa reciben orientación de asesores bilingües y material didáctico en español.

Apoyo contra el Cáncer de Seno

A través del programa Recuperación A Su Alcance™ (Reach To Recovery®) de la Sociedad Americana Contra El Cáncer se vincula a los pacientes con cáncer de seno con voluntarios capacitados que han recibido diagnósticos y planes de tratamiento similares para que estos proporcionen apoyo más personal e individualizado. Hay un folleto de promoción disponible en español.

Apoyo para Pacientes en Puerto Rico

El Centro de Servicios para Pacientes de Puerto Rico proporciona información a pacientes y proveedores en Puerto Rico sobre una variedad de temas, incluyendo seguro médico y ayuda financiera para el tratamiento. El centro cuenta con un grupo de especialistas y guías (navegadores) en el sitio que ayudan a orientar a los pacientes en el sistema de atención médica.

Cómo Encontrar Esperanza e Inspiración

La Red De Sobrevivientes Del Cáncer™ (Cancer Survivors NetworkSM) de la Sociedad Americana Contra El Cáncer proporciona una conexión en línea segura donde los pacientes con cáncer pueden encontrar a otras personas con experiencias e intereses similares. En csn.cancer.org, los miembros pueden unirse a salas de chat y crear su propia red de apoyo de entre los miembros. Otros recursos en línea, incluyendo MyLifeLine y Springboard Beyond Cancer (survivorship.cancer.gov), proporcionan apoyo adicional para pacientes, sobrevivientes y cuidadores y les permite comunicarse mejor para recibir la ayuda que necesitan durante y después del cáncer.

Investigación

La Sociedad Americana Contra El Cáncer, la fuente más grande de financiamiento no gubernamental sin fines de lucro de la investigación sobre el cáncer en los EE.

UU., ha dedicado una parte de nuestro financiamiento de investigación para realizar estudios del cáncer en poblaciones pobres y carentes de servicios de salud. Durante la década pasada, nuestro programa Externo de Investigación ha premiado 178 subvenciones, totalizando más de \$125 millones, para llevar a cabo investigaciones en poblaciones pobres y carentes de servicios, y ofrece financiamiento prioritario para la investigación sobre servicios psicosociales, conductuales, políticas de salud y salud con la esperanza de reducir las desigualdades en lo que respecta a la atención del cáncer.

Algunos ejemplos de investigaciones financiadas actualmente de la Sociedad Americana Contra El Cáncer incluyen:

Los latinos enfrentan numerosos obstáculos cuando se trata de recibir los exámenes selectivos de detección del cáncer colorrectal que necesitan. Daniel Reuland, Doctor en Medicina (MD), Máster en Salud Pública (MPH), en la Universidad de Carolina del Norte, Chapel Hill, afirma que algunos grupos latinos luchan con las barreras del idioma y culturales. Para superar estas dificultades, él probó la eficacia de dos intervenciones únicas: el asistente de multimedia para la toma de decisiones y guías (navegadores) de pacientes. El estudio de Reuland, el cual se enfocó en latinos de 50 a 75 años de edad, consistió en mostrarles a los pacientes un video; ya sea en español o en inglés, antes de que vieran a su proveedor de atención médica que explicaba la detección del cáncer colorrectal “usando segmentos narrados fáciles de entender, testimonios de pacientes, gráficas y dibujos animados.” Después que los pacientes vieron el video y vieron al médico, un guía de pacientes bilingüe les ayudó a completar el proceso de exámenes de detección. Los resultados, publicados en el *American Journal of Preventive Medicine*, mostraron que ver el asistente para la toma de decisiones antes de ver al médico mejoró los conocimientos y la toma de decisiones en poblaciones racial, étnica y lingüísticamente diversas.

La desigualdad social juega un papel importante, a menudo ignorado, en el cáncer. Factores como el estatus socioeconómico, la discriminación, las tendencias del pasado y el contexto histórico están

interrelacionados y ayudan a explicar determinadas diferencias raciales y étnicas en la ocurrencia del cáncer. Nancy Krieger, Doctor en Filosofía (PhD), Investigadora de la Escuela de Salud Pública de Harvard y Profesora de Investigación de la Sociedad Americana Contra El Cáncer, está llevando a cabo varios estudios que espera les den a los investigadores, médicos y pacientes una mejor comprensión de cómo las desigualdades sociales impactan en el cáncer.

Las poblaciones vulnerables no solo experimentan retrasos al ser diagnosticados con cáncer y al iniciar el tratamiento del cáncer, sino también son menos propensas a completar tratamientos que salven la vida. Karen M. Freund, Doctor en Medicina (MD), Máster en Salud Pública (MPH), una investigadora del Tufts Medical Center y Profesora de Investigación de la Sociedad Americana Contra El Cáncer, está estudiando el impacto de la guía (navegación) de pacientes en la eliminación de las desigualdades del cáncer. Ella cree que algunos de los logros más grandes en la supervivencia del cáncer en los EE. UU. se pueden obtener mediante un acceso equitativo a la atención del cáncer de calidad para todas las personas. Freund continúa investigando sobre las desigualdades en materia de salud con la esperanza de que los próximos 10 años produzcan avances importantes en la eliminación de las desigualdades en la salud relacionadas con el cáncer mediante la implementación de los hallazgos de la investigación, y cambiando cómo la atención del paciente está organizada.

Cary P. Gross, Doctor en Medicina (MD) en la Universidad Yale, está investigando las desigualdades en la atención del cáncer de seno examinando cómo difiere el uso por parte de los médicos clínicos de una innovación beneficiosa pero costosa en el cuidado personalizado del cáncer, llamada perfil de expresión genética, según el estatus del seguro, tipo de hospital y características sociodemográficas de los pacientes. Él espera que sus hallazgos ayuden a revelar qué medidas se podrían tomar para reducir las desigualdades y los costos excesivos relacionados con el perfil de expresión genética.

Defensa

La Sociedad Americana Contra El Cáncer y la Red De Acción Contra El CáncerSM de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (ACS CAN), nuestra organización afiliada de defensa no partidaria y sin fines de lucro, están dedicadas a reducir las tasas de incidencia y de mortalidad por cáncer en las minorías y en las poblaciones con servicios médicos deficientes. Esta meta se puede lograr instituyendo políticas y programas de salud pública eficaces que promuevan el bienestar general y salven vidas. ACS CAN está involucrada en los esfuerzos de defensa a nivel nacional y federal. A continuación se enumeran algunos de los esfuerzos en los que ACS CAN ha estado involucrada en los últimos años:

ACS CAN y la Sociedad Americana Contra El Cáncer están trabajando para mejorar el acceso a la atención médica para las personas con cáncer, sobrevivientes del cáncer y quienes serán diagnosticados con cáncer en el futuro, lo cual ayudará a salvar vidas. Esto incluye el trabajo de ACS CAN para ayudar a garantizar la implementación y la protección de las disposiciones bajo la ley de atención médica conocida como Ley de Atención Médica Asequible, la cual ha mejorado el acceso a la atención para los pacientes y sus familias de las siguientes maneras:

- Poniendo fin a la discriminación contra las personas con cáncer y con otras enfermedades que ponen en peligro la vida.
- Ampliando el acceso a la atención para las personas con cáncer o que tienen riesgo de presentar cáncer.
- Reenfocando el sistema de atención médica en la prevención de la enfermedad

Cada año, ACS CAN trabaja arduamente para garantizar que las agencias que supervisan los programas de investigación y prevención del cáncer reciban el financiamiento necesario para continuar la batalla contra el cáncer. La organización continúa liderando la lucha para mantener y aumentar la inversión que los EE. UU. ha hecho en investigaciones biomédicas y del cáncer y en programas del cáncer en los Institutos Nacionales de la Salud (NIH), el Instituto Nacional del Cáncer (NCI), y los Centros para

el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Esta inversión incluye un mayor financiamiento para la investigación del cáncer en el Instituto Nacional de Salud de las Minorías y Desigualdades de Salud, en cuyo establecimiento, la Sociedad Americana Contra El Cáncer tuvo un rol fundamental.

La protección del financiamiento estatal y federal para el Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer de Seno y de Cuello Uterino constituye una alta prioridad para ACS CAN. Este programa exitoso proporciona servicios de detección, diagnóstico y tratamiento comunitario del cáncer de seno y de cuello uterino a mujeres con ingresos bajos, con seguro médico deficiente o sin seguro médico (cdc.gov/cancer/nbccedp). Sin embargo, bajo el financiamiento actual, el programa solo presta servicio a 1 de cada 10 mujeres elegibles en todo el país. Un recorte al programa significaría que aún menos mujeres recibirían los servicios.

La detección del cáncer colorrectal mediante colonoscopia puede extirpar pólipos precancerosos durante el procedimiento, haciendo de este modo que ésta sea un servicio de prevención único. ACS CAN ha sido fundamental en la introducción de la Ley Eliminando las Barreras para la Detección del Cáncer Colorrectal de 2017 (*Removing Barriers to Colorectal Cancer Screening Act of 2017*), la cual reparará el vacío legal en el programa de Medicare para el

servicio de prevención del cáncer colorrectal. Bajo la ley actual, se da una colonoscopia de detección sin participación de costos bajo el programa de Medicare. Sin embargo, los adultos mayores en Medicare hacen frente a un coseguro de 20% si se les extirpa uno o más pólipos o crecimientos anormales durante una colonoscopia de detección, lo que probablemente le cueste al paciente tanto como \$350. Esto se debe a que bajo las normas de codificación de Medicare, la extirpación de cualquier pólipo reclasifica al examen de detección como un procedimiento terapéutico, lo cual requiere coseguro. Lo más importante es que quienes tienen un seguro médico privado no enfrentan este mismo obstáculo respecto de los costos. La Ley Eliminando las Barreras para la Detección del Cáncer Colorrectal de 2017 repararía esta desigualdad en Medicare y eliminaría el requisito de coseguro.

ACS CAN fue también un socio principal en la aprobación exitosa de la Ley de Control del Tabaco y Prevención del Tabaquismo Familiar, la cual se promulgó en 2009. Esta ley otorga a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) la autoridad para regular todos los productos del tabaco e impedir que las empresas comercialicen sus productos letales a niños, comunidades raciales y étnicas y otras poblaciones vulnerables. ACS CAN es partidaria de que la FDA use todo el peso de su autoridad para reducir el número de víctimas del tabaco en los EE. UU.

Recursos Adicionales

Consejo Intercultural del Cáncer (ICC)

El Consejo Intercultural del Cáncer promueve políticas, programas, sociedades e investigaciones para eliminar la carga desigual del cáncer en las minorías raciales y étnicas y en poblaciones con servicios médicos deficientes en los Estados Unidos y sus territorios. Visite iccnetwork.org para obtener más información.

Consejo Nacional Hispano de Personas Adultas Mayores (NHCOA)

El Consejo Nacional Hispano de Personas Adultas Mayores es una organización de defensa basada en su grupo de representación cuyo objetivo principal es mejorar la calidad de vida para los hispanos adultos mayores, familias y comunidades. Visite nhcoa.org para obtener más información.

Asociación Nacional Médica Hispana

La Asociación Nacional Médica Hispana es una asociación sin fines de lucro que representa a 50,000 médicos hispanos acreditados en los Estados Unidos. La misión de la organización es empoderar a los médicos hispanos para liderar esfuerzos que mejoren la salud de los hispanos y de otras poblaciones con servicios deficientes en colaboración con socios del sector público y privado. Visite nhmamd.org para obtener más información.

Alianza Nacional para la Salud de los Hispanos

La Alianza Nacional para la Salud de los Hispanos es una organización sin fines de lucro que proporciona información de salud de base científica (en inglés y en español) y promueve la salud en la comunidad hispana. Visite hispanichealth.org para obtener más información.

Factores que Influyen en las Estadísticas del Cáncer en Hispanos

La comparación de las tasas de incidencia, mortalidad y supervivencia del cáncer entre grupos raciales y étnicos, especialmente en los que involucran a grupos diferentes de los grupos de blancos o de negros, debe interpretarse con prudencia por varios motivos. Primero, debido a cómo se recopilan los datos del cáncer, no podemos presentar la mayoría de las estadísticas del cáncer según el país de origen y el estatus de nacimiento, lo que enmascara diferencias importantes dentro de la población hispana total. Además, el origen étnico y la raza no siempre se clasifican de manera uniforme en registros médicos, certificados de defunción y censos decenales de los EE. UU., de modo que las tasas de incidencia y de mortalidad para otras poblaciones diferentes de las de los blancos y los negros no son directamente comparables y pueden ser subestimadas. Asimismo, los datos que se presentan en este informe de las áreas de registro del cáncer del programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER), tales como supervivencia por causa específica e incidencia a largo plazo, pueden no reflejar con precisión la experiencia del cáncer de los hispanos en todo los Estados Unidos, dado que estas áreas no incluyen algunos estados donde vive una gran proporción de la población hispana de los EE. UU. (por ej., Florida y Texas). Por ejemplo, la probabilidad similar de presentar cáncer colorrectal en los hombres hispanos y los

hombres blancos no hispanos (Tabla 1) probablemente es influenciada por tasas convergentes de incidencia de cáncer colorrectal en los hombres en California.³⁷

Además, de acuerdo con datos demográficos los pacientes hispanos en las áreas de registro del SEER tienen tasas de supervivencia del cáncer similares o a veces más altas que las de los blancos no hispanos para algunos sitios del cáncer, a pesar de tener indicadores socioeconómicos más bajos. Este escenario contrario a la lógica, a menudo conocido como la “paradoja hispana”, puede reflejar datos incompletos o sesgados en vez de una verdadera ventaja de supervivencia.^{17, 197} Por ejemplo, los hispanos inmigrantes a los EE. UU. probablemente representan un subconjunto selectivamente saludable de la población de su país de origen.¹⁹⁸ Además, los hispanos de los EE. UU. pueden regresar a su país de origen después de un diagnóstico de cáncer en busca de mayor apoyo social. La migración frecuente en los trabajadores estacionales también puede obstaculizar el seguimiento necesario del paciente para el cálculo de las tasas de supervivencia. Como resultado de dificultades más grandes en el registro preciso de muertes por cáncer para las poblaciones inmigrantes, un estudio encontró que las tasas de supervivencia para los hispanos pueden estar infladas artificialmente y deben interpretarse con prudencia.¹⁷

Identificación de Hispanos/Latinos

La identificación precisa de personas hispanas/latinas para la vigilancia del cáncer ha sido un desafío continuo. En un esfuerzo por abordar este problema, la Asociación Norteamericana de Registros Centrales del Cáncer (NAACCR) convocó a un panel de expertos en 2001 para desarrollar el algoritmo de identificación hispana (NHIA) de (NAACCR), publicado por primera vez para su uso por los registros del cáncer en 2003. El NHIA usa una combinación de variables del paciente que se encuentran en los expedientes del registro del cáncer, incluyendo apellido y lugar de nacimiento, para determinar indirectamente el origen hispano. Después de la implementación generalizada por los registros estatales del cáncer, se hicieron mejoramientos al NHIA y se lanzó una versión modificada en 2005 (NHIA v2). No obstante la clasificación errónea de los casos hispanos continúa siendo un problema. Últimamente, en determinados estados con poblaciones hispanas/latinas grandes y diversas, se han estado llevando a cabo investigaciones especiales para clasificar con mayor precisión las subpoblaciones hispanas y describir su carga de cáncer

específica. Dicha información es útil para planificar programas específicos de control del cáncer.

Ajuste por Edad

Un método estadístico llamado “ajuste por edad” se usa para comparar las tasas de incidencia y de mortalidad por cáncer en grupos de personas con diferentes composiciones etarias. Por ejemplo, sin hacer un ajuste por edad, sería erróneo comparar las tasas del cáncer de Florida, la cual tiene una gran población de adultos mayores, con las tasas de Alaska, la cual tiene una población más joven, dado que el cáncer por lo general es una enfermedad de personas mayores. Sin realizar un ajuste por edad, parecería como si el riesgo de cáncer en Florida fuera mucho más alto que en Alaska. Sin embargo, después de hacer un ajuste por edad, las tasas del cáncer para los dos estados son similares. Del mismo modo, es necesario hacer un ajuste por edad cuando se comparan las tasas para los hispanos con otros grupos de los EE. UU. debido a la distribución etaria más joven de la población hispana de los EE. UU.

Fuentes de Estadísticas

Estimación de nuevos casos de cáncer: Se proyectó el número aproximado de nuevos casos de cáncer diagnosticados en los hispanos de los EE. UU. en 2018 mediante el uso de un proceso de dos pasos. Primero, se estimó el número total de casos para los últimos 10 años de datos nacionales (de 2006 a 2015) aplicando las tasas de incidencia específicas por edad para los hispanos de 46 estados que se ajustaron a los estándares de la Asociación Norteamericana de Registros Centrales del Cáncer (NAACCR) de datos de alta calidad para los 10 años a los cálculos de la población hispana.¹⁹⁹ Luego, se proyectó el número de casos a tres años en base a la variación porcentual anual promedio de 10 años obtenido de un análisis de regresión de puntos de inflexión.

Tasas de incidencia: Las tasas de incidencia se calculan dividiendo el número de personas que son diagnosticadas con cáncer durante un periodo de tiempo determinado

por el número de personas en riesgo para la enfermedad en una población. En esta publicación, las tasas de incidencia se reportan como el número de casos diagnosticados por cada 100,000 personas y están ajustadas por edad a la población estándar de los EE. UU. del año 2000. Las tasas de incidencia a largo plazo (1992 a 2015) se basaron en datos de las 12 áreas más antiguas del programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER) y fueron la fuente de la variación porcentual anual promedio de 10 años en las tasas de incidencia del cáncer para 2006 a 2015.²⁰⁰ Los datos de incidencia del NAACCR fueron la fuente de las tasas de incidencia media anual ajustadas por edad de 5 años para 2011 a 2015.^{199,201}

Estimación de muertes por cáncer: El número aproximado de muertes por cáncer en los EE. UU. en los hispanos que viven en los EE. UU. continentales y en Hawái en 2018 se

calculó ajustando el número de muertes por cáncer de 2002 a 2016 a un modelo estadístico que pronostica el número de muertes que se espera que ocurran en 2018. Los datos sobre el número de muertes se obtienen del Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS) de los CDC.²⁰² Para obtener más información sobre la proyección de las muertes por cáncer, consulte Chen et al.²⁰³

Tasas de mortalidad: Similar a las tasas de incidencia, las tasas de mortalidad representan el número de personas que mueren por cáncer durante un periodo de tiempo determinado dividido por el número de personas en riesgo en la población. Las tasas de mortalidad en el presente documento se presentan como las muertes por cáncer por cada 100,000 personas y están ajustadas a la población estándar de los EE. UU. del año 2000. Las tasas de mortalidad en esta publicación se basan en recuentos de muertes por cáncer recopilados por el NCHS y datos demográficos de la Oficina del Censo de los EE. UU.²⁰² Las tendencias de la mortalidad a largo plazo (1990 a 2016) que se presentan en la **Figura 4** se usaron como base para la variación porcentual anual promedio en las tasas de mortalidad de 2006 a 2015 y excluyen los datos de Luisiana, Nuevo Hampshire y Oklahoma, dado que estos estados por algunos años no recopilaron datos sobre el origen hispano. Las tasas de mortalidad media anual ajustadas por edad de 5 años de 2012 a 2016 incluyen datos de los 50 estados y de Washington, DC. Las tasas de mortalidad por cáncer media anual de cinco años para Puerto Rico (2011-2015) se publicaron anteriormente en otro sitio.²⁰⁴ Es importante considerar que las tasas y tendencias de incidencia y de mortalidad por cáncer en hispanos no son directamente comparables debido a diferencias en la cobertura y en años de datos de la población y debido a que la cantidad por la cual los datos de vigilancia subestiman estas dos estadísticas para los grupos raciales/étnicos minoritarios es diferente.²⁰⁵

Nota importante para los casos y muertes por cáncer estimados para el año en curso: Los cálculos no incluyen a los hispanos que viven en territorios de los EE. UU. debido a los datos insuficientes. Las cifras aproximadas de nuevos casos y muertes por cáncer en 2018 pueden variar respecto de los años anteriores por otros motivos diferentes a las variaciones en la incidencia del cáncer. Por consiguiente, si bien las proyecciones a 2 o

a 3 años proporcionan una estimación razonablemente precisa de la carga del cáncer en 2018, recomendamos encarecidamente que no se usen nuestras estimaciones para dar seguimiento a los cambios en la incidencia del cáncer. Las tasas de incidencia y mortalidad ajustadas por edad son las estadísticas de preferencia para dar seguimiento a las tendencias de la mortalidad por cáncer en los EE. UU.

Supervivencia: Este informe presenta las tasas de supervivencia por causa específica de pacientes diagnosticados en 17 registros del programa SEER para describir la supervivencia del cáncer.²⁰⁶ Todas las estadísticas de supervivencia a cinco años que se presentan en las tablas y textos de esta publicación son para años de diagnóstico de 2008 a 2014, con seguimiento de todos los pacientes hasta 2015.

Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (NHANES). La NHANES de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), es una encuesta nacional que evalúa el estatus de salud y nutrición de los adultos y los niños en los EE. UU. Tres ciclos de la encuesta se llevaron a cabo entre 1971 y 1994; el último y tercer ciclo (NHANES III) se llevó a cabo de 1988 a 1994. A partir de 1999, la NHANES se implementó como un encuesta anual continua. La encuesta está diseñada para proporcionar estimaciones de prevalencia sobre el estatus de salud y nutricional de adultos y niños en los EE. UU., tales como la prevalencia de enfermedades importantes, problemas nutricionales y factores potenciales de riesgo de enfermedades. Los datos son recopilados mediante entrevistas personales y exámenes físicos directos en centros de exámenes móviles. En la entrevista se hacen preguntas concernientes alimentación y salud; el examen físico consiste en exámenes médicos y dentales, mediciones fisiológicas y análisis de laboratorio.

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

Referencia completa: Centro Nacional para Estadísticas de Salud. Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (NHANES), 2015-2016. Archivo de datos y documentación de uso público. 2017.

Encuesta Nacional de Entrevista de Salud (NHIS): La NHIS de los CDC ha supervisado la salud del país desde 1957. La encuesta está diseñada para proporcionar estimaciones de la prevalencia sobre características personales, socioeconómicas, demográficas y de salud (tales como fumar cigarrillos y actividad física) de adultos de los EE. UU. Los datos son recopilados a través de una entrevista personal asistida por computadora de adultos de 18 años de edad en adelante que viven en hogares en los EE. UU.

Sitio web de la NHIS: [cdc.gov/nchs/nhis.htm](https://www.cdc.gov/nchs/nhis.htm)

Referencia completa: Centro Nacional para Estadísticas de Salud. Encuestas Nacionales de Entrevistas de Salud, 2015 y 2016. Archivo de datos y documentación de uso público. <https://www.cdc.gov/nchs/nhis/index.htm>.

Encuesta Nacional de Tabaquismo en Jóvenes, (NYTS): Esta encuesta nacional se llevó a cabo por primera vez en otoño de 1999. A partir de 2011, la Oficina sobre el Tabaquismo y la Salud de los CDC y el Centro para Productos de Tabaco de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. empezaron a colaborar en la Encuesta Nacional de Tabaquismo en Jóvenes (NYTS). Actualmente establecida como una encuesta anual, dicha encuesta está diseñada para proporcionar datos nacionales para estudiantes del ámbito público y privado de sexto a 12º grado. La encuesta incluye preguntas detalladas relacionadas con el tabaco, abarcando temas como bidis, exposición al humo de segunda mano, abandono del hábito y currículo escolar. Los datos son recopilados mediante un cuestionario auto-administrado que se completa durante una asignatura o periodo de clases requerido.

Sitio web de la NYTS: [cdc.gov/TOBACCO/data_statistics/surveys/NYTS/](https://www.cdc.gov/TOBACCO/data_statistics/surveys/NYTS/)

Sistema de Vigilancia de Conductas de Riesgo en los Jóvenes (YRBSS): La encuesta bienal de los CDC se inició en 1991. Dicha encuesta está diseñada para proporcionar estimaciones de la prevalencia a nivel nacional, estatal y local sobre conductas de riesgo para la salud en los jóvenes y adultos jóvenes que asisten a escuelas secundarias públicas y privadas. Los datos son recopilados mediante un cuestionario auto-administrado que se completa durante una asignatura o periodo de clases requerido. Las encuestas estatales y locales tienen una calidad de datos variable, y se debe tener precaución al comparar datos entre las mismas. Los datos de áreas estatales y locales con una tasa de respuesta general de 60% y documentación apropiada se consideran como datos ponderados y se generalizan a todos los estudiantes de escuelas secundarias públicas y privadas de noveno a 12º grado en la respectiva jurisdicción. A partir de la encuesta de 2003, los datos estatales que no reúnen los requisitos de ponderación que se describen arriba no están más a disposición del público a través de los CDC.

Sitio web del Sistema de Vigilancia de Conductas de Riesgo en los Jóvenes (YRBSS) [cdc.gov/HealthyYouth/yrbs/index.htm](https://www.cdc.gov/HealthyYouth/yrbs/index.htm)

Referencias

1. Vespa J, Armstrong DM, Medina L. *Demographic Turning Points for the United States: Population Projections for 2020 to 2060*. Current Population Reports, P25-1144. Washington, DC: U.S. Census Bureau; 2018.
2. US Census Bureau. Annual Estimates of the Resident Population for the United States, States, Counties and Puerto Rico Commonwealth and Municipios: April 1, 2010 to July 1, 2016. Internet release date: 2017.
3. Cohn D, Passel JS, Gonzalez-Barrera A. Rise in U.S. Immigrants From El Salvador, Guatemala and Honduras Outpaces Growth From Elsewhere. Pew Research Center, 2017. Available from: <http://www.pewhispanic.org/2017/12/07/rise-in-u-s-immigrants-from-el-salvador-guatemala-and-honduras-outpaces-growth-from-elsewhere/> (Accessed August 7, 2018).
4. US Census Bureau. American Community Survey, 1-year estimates. Internet release date: 2017.
5. Islami F, Goding Sauer A, Miller KD, et al. Proportion and number of cancer cases and deaths attributable to potentially modifiable risk factors in the United States. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(1):31-54.
6. DevCan: Probability of Developing or Dying of Cancer Software, Version 6.7.6. Statistical Research and Applications Branch, National Cancer Institute, 2018. <https://surveillance.cancer.gov/devcan/>.
7. Cronin K, Lake A, Scott S, et al. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer Part I: National Cancer Statistics. *Cancer*. 2018; 124(13):2785-2800.
8. Sierra MS, Soerjomataram I, Antoni S, et al. Cancer patterns and trends in Central and South America. *Cancer Epidemiol*. 2016;44 Suppl 1:S23-S42.
9. 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(8):2162-2169.
10. Pinheiro PS, Callahan KE, Stern MC, de Vries E. Migration from Mexico to the United States: A high-speed cancer transition. *Int J Cancer*. 2018;142(3):477-488.
11. Pinheiro PS, Callahan KE, Gomez SL, et al. High cancer mortality for US-born Latinos: evidence from California and Texas. *BMC Cancer*. 2017;17(1):478.
12. 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. *Annu Rev Public Health*. 2005;26:367-397.
13. Abraido-Lanza AF, Echeverria SE, Florez KR. Latino Immigrants, Acculturation, and Health: Promising New Directions in Research. *Annu Rev Public Health*. 2016;37:219-236.
14. Krueger PM, Coleman-Minahan K, Rooks RN. Race/ethnicity, nativity and trends in BMI among U.S. adults. *Obesity*. 2014;22(7):1739-1746.
15. Thomas DB, Karagas MR. Cancer in first and second generation Americans. *Cancer Res*. 1987;47(21):5771-5776.
16. Garnett E, Townsend J, Steele B, Watson M. Characteristics, rates, and trends of melanoma incidence among Hispanics in the USA. *Cancer Causes Control*. 2016;27(5):647-659.
17. Pinheiro PS, Morris CR, Liu L, Bungum TJ, Altekruse 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(49):210-217.
18. Stern MC, Fejerman L, Das R, et al. Variability in Cancer Risk and Outcomes Within US Latinos by National Origin and Genetic Ancestry. *Curr Epidemiol Rep*. 2016;3:181-190.
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(6):439-448.
20. Anstey EH, Chen J, Elam-Evans LD, Perrine CG. Racial and Geographic Differences in Breastfeeding – United States, 2011-2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2017;66(27):723-727.
21. Sauer AG, Siegel RL, Jemal A, Fedewa SA. Updated Review of Prevalence of Major Risk Factors and Use of Screening Tests for Cancer in the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2017;26(8):1192-1208.
22. Gangnon RE, Sprague BL, Stout NK, et al. The contribution of mammography screening to breast cancer incidence trends in the United States: an updated age-period-cohort model. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2015 Jun;24(6):905-12. .
23. World Cancer Research Fund International/American Institute for Cancer Research. Continuous Update Project Report: Diet, Nutrition, Physical Activity and Breast Cancer. 2017. Available at: wcrf.org/breast-cancer-2017.
24. Bandera EV, Maskarinec G, Romieu I, John EM. Racial and ethnic disparities in the impact of obesity on breast cancer risk and survival: a global perspective. *Adv Nutr*. 2015;6(6):803-819.
25. Noone AM, Howlander N, Krapcho M, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2015, National Cancer Institute. Bethesda, MD, https://seer.cancer.gov/csr/1975_2015/, based on November 2017 SEER data submission, posted to the SEER web site, April 2018.
26. 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(2):165-173.
27. 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(12):2173-2178.
28. 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(8):541-553.
29. 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(6):923-930.
30. Chen L, Li CI. Racial disparities in breast cancer diagnosis and treatment by hormone receptor and HER2 status. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2015;24(11):1666-1672.
31. 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(23):1717-1723.
32. Sineshaw HM, Gaudet M, Ward EM, et al. Association of race/ethnicity, socioeconomic status, and breast cancer subtypes in the National Cancer Data Base (2010-2011). *Breast Cancer Res Treat*. 2014;145(3):753-763.
33. Martinez ME, Gomez SL, Tao L, et al. Contribution of clinical and socioeconomic factors to differences in breast cancer subtype and mortality between Hispanic and non-Hispanic white women. *Breast Cancer Res Treat*. 2017;166(1):185-193.

34. Ellis L, Canchola AJ, Spiegel D, et al. Racial and Ethnic Disparities in Cancer Survival: The Contribution of Tumor, Sociodemographic, Institutional, and Neighborhood Characteristics. *J Clin Oncol*. 2018;36(1):25-33.
35. 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(20):2254-2261.
36. Martinsen RP, Morris CR, Pinheiro PS, Parikh-Patel A, Kizer KW. Colorectal Cancer Trends in California and the Need for Greater Screening of Hispanic Men. *Am J Prev Med*. 2016;51(6):e155-e163.
37. World Cancer Research Fund International/American Institute for Cancer Research. Continuous Update Project Report: Diet, Nutrition, Physical Activity and Colorectal Cancer. 2017. Available at: <https://www.wcrf.org/dietandcancer/colorectal-cancer>.
38. Luo S, Li JY, Zhao LN, et al. Diabetes mellitus increases the risk of colorectal neoplasia: An updated meta-analysis. *Clin Res Hepatol Gastroenterol*. 2016; 40:110-23.
39. 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(2):216-227.
40. Lutgens MW, van Oijen MG, van der Heijden GJ, et al. Declining risk of colorectal cancer in inflammatory bowel disease: an updated meta-analysis of population-based cohort studies. *Inflamm Bowel Dis*. 2013;19(4):789-799.
41. De Bruijn KM, Arends LR, Hansen BE, et al. Systematic review and meta-analysis of the association between diabetes mellitus and incidence and mortality in breast and colorectal cancer. *Br J Surg*. 2013;100(11):1421-1429.
42. Rex DK, Boland CR, Dominitz JA, et al. Colorectal Cancer Screening: Recommendations for Physicians and Patients from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Am J Gastroenterol*. 2017;112(7):1016-1030.
43. Reyes-Guzman CM, Pfeiffer RM, Lubin J, et al. Determinants of Light and Intermittent Smoking in the United States: Results from Three Pooled National Health Surveys. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2017;26(2):228-239.
44. 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(4):333-342.
45. 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(8):1017-1024.
46. Patel MI, Wang A, Kappahn K, et al. Racial and Ethnic Variations in Lung Cancer Incidence and Mortality: Results From the Women's Health Initiative. *J Clin Oncol*. 2016;34(4):360-368.
47. Jemal A, Miller KD, Ma J, et al. Higher lung cancer incidence in the US in young women compared to young men. *N Engl J Med*. 2018.
48. 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(4):351-364.
49. National Lung Screening Trial Research Team, Aberle DR, Berg CD, et al. The National Lung Screening Trial: overview and study design. *Radiology*. 2011;258(1):243-253.
50. Pinheiro PS, Callahan KE, Siegel RL, et al. Cancer Mortality in Hispanic Ethnic Groups. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2017;26(3):376-382.
51. 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: www.wcrf.org/sites/default/files/Prostate-Cancer-2014-Report.pdf.
52. Global Burden of Disease Liver Cancer Collaboration, Akinyemiju T, Abera S, et al. The Burden of Primary Liver Cancer and Underlying Etiologies From 1990 to 2015 at the Global, Regional, and National Level: Results From the Global Burden of Disease Study 2015. *JAMA Oncol*. 2017;3(12):1683-1691.
53. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018. Epub ahead of print.
54. Setiawan VW, Wei PC, Hernandez BY, et al. Disparity in liver cancer incidence and chronic liver disease mortality by nativity in Hispanics: The Multiethnic Cohort. *Cancer*. 2016;122(9):1444-1452.
55. Petrick JL, Kelly SP, Altekruse SF, et al. Future of Hepatocellular Carcinoma Incidence in the United States Forecast Through 2030. *J Clin Oncol*. 2016;34(15):1787-1794.
56. El-Serag HB, Kramer J, Duan Z, Kanwal F. Racial differences in the progression to cirrhosis and hepatocellular carcinoma in HCV-infected veterans. *Am J Gastroenterol*. 2014;109(9):1427-1435.
57. Hoang JK, Yang HI, Le A, et al. Lower liver cancer risk with antiviral therapy in chronic hepatitis B patients with normal to minimally elevated ALT and no cirrhosis. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(31):e4433.
58. Hsu YC, Wu CY, Lin JT. Hepatitis C Virus Infection, Antiviral Therapy, and Risk of Hepatocellular Carcinoma. *Semin Oncol*. 2015;42(2):329-338.
59. de Martel C, Maucort-Boulch D, Plummer M, Franceschi S. World-wide relative contribution of hepatitis B and C viruses in hepatocellular carcinoma. *Hepatology*. 2015;62(4):1190-1200.
60. Liu Y, Wu F. Global burden of aflatoxin-induced hepatocellular carcinoma: a risk assessment. *Environ Health Perspect*. 2010;118(6):818-824.
61. 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: wcrf.org/sites/default/files/Liver-Cancer-2015-Report.pdf.
62. 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 Recommendations and reports : Morbidity and mortality weekly report Recommendations and reports / Centers for Disease Control*. 2012;61(RR-4):1-32.
63. 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(10):1585-1590.
64. Pinheiro PS, Callahan KE, Boscoe FP, et al. Cancer site-specific disparities in New York, including the 1945-1965 birth cohort's impact on liver cancer patterns. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2018;In press.
65. El-Serag HB, Kanwal F. Epidemiology of hepatocellular carcinoma in the United States: where are we? Where do we go? *Hepatology*. 2014;60(5):1767-1775.
66. Merchant SJ, Kim J, Choi AH, et al. A rising trend in the incidence of advanced gastric cancer in young Hispanic men. *Gastric Cancer*. 2017;20(2):226-234.

67. He XK, Sun LM. The increasing trend in the incidence of gastric cancer in the young population, not only in young Hispanic men. *Gastric Cancer*. 2017;20(6):1010.
68. Sanjeevaiah A, Cheelidella N, Hester C, Porembka MR. Gastric Cancer: Recent Molecular Classification Advances, Racial Disparity, and Management Implications. *J Oncol Pract*. 2018;14(4):217-224.
69. World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research. *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective*. Continuous Update Project Expert Report 2018. Washington, DC: American Institute for Cancer Research; 2018.
70. Karimi P, Islami F, Anandasabapathy S, Freedman ND, Kamangar F. Gastric cancer: descriptive epidemiology, risk factors, screening, and prevention. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2014;23(5):700-713.
71. Eslick GD. Helicobacter pylori infection causes gastric cancer? A review of the epidemiological, meta-analytic, and experimental evidence. *World J Gastroenterol*. 2006;12(19):2991-2999.
72. Shibata A, Parsonnet J. Stomach Cancer. In: Schottenfeld D, Fraumeni JF, eds. *Cancer Epidemiology and Prevention*. 3rd Edition ed. New York: Oxford University Press; 2006:707-720.
73. O'Connor A, Lamarque D, Gisbert JP, O'Morain C. Treatment of Helicobacter pylori infection 2017. *Helicobacter*. 2017;22 Suppl 1.
74. 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(1):54-59.
75. Stinton LM, Shaffer EA. Epidemiology of gallbladder disease: cholelithiasis and cancer. *Gut Liver*. 2012;6(2):172-187.
76. Hundal R, Shaffer EA. Gallbladder cancer: epidemiology and outcome. *Clin Epidemiol*. 2014;6:99-109.
77. Hsing AW, Rashid A, Devesa SS, Fraumeni JF. Biliary Tract Cancer. In: Schottenfeld D, Fraumeni JF, eds. *Cancer Epidemiology and Prevention*. 3rd Edition ed. New York: Oxford University Press; 2006:787-800.
78. 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(9945):755-765.
79. 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(3):408-412.
80. Steliarova-Foucher E, Colombet M, Ries LAG, et al. International incidence of childhood cancer, 2001-10: a population-based registry study. *Lancet Oncol*. 2017;18(6):719-731.
81. Lim JY, Bhatia S, Robison LL, Yang JJ. Genomics of racial and ethnic disparities in childhood acute lymphoblastic leukemia. *Cancer*. 2014;120(7):955-962.
82. 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(14):1663-1669.
83. Kahn JM, Cole PD, Blonquist TM, et al. An investigation of toxicities and survival in Hispanic children and adolescents with ALL: Results from the Dana-Farber Cancer Institute ALL Consortium protocol 05-001. *Pediatr Blood Cancer*. 2018;65(3).
84. Heck JE, Park AS, Contreras ZA, et al. Risk of Childhood Cancer by Maternal Birthplace: A Test of the Hispanic Paradox. *JAMA Pediatr*. 2016;170(6):585-592.
85. Bhatia S. Disparities in cancer outcomes: lessons learned from children with cancer. *Pediatr Blood Cancer*. 2011;56(6):994-1002.
86. Wilkinson JD, Fleming LE, MacKinnon J, et al. Lymphoma and lymphoid leukemia incidence in Florida children: ethnic and racial distribution. *Cancer*. 2001;91(7):1402-1408.
87. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2018. *CA Cancer J Clin*. 2018.
88. Jacobs EJ, Newton CC, Carter BD, et al. What proportion of cancer deaths in the contemporary United States is attributable to cigarette smoking? *Ann Epidemiol*. 2015;25(3):179-182 e171.
89. 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.
90. Secretan B, Straif K, Baan R, et al. A review of human carcinogens – Part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish. *Lancet Oncol*. 2009 10:1033-1034.
91. Foerster B, Pozo C, Abufaraj M, et al. Association of Smoking Status With Recurrence, Metastasis, and Mortality Among Patients With Localized Prostate Cancer Undergoing Prostatectomy or Radiotherapy: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Oncol*. 2018.
92. Kondo KK, Rossi JS, Schwartz SJ, Zamboanga BL, Scalf CD. Acculturation and cigarette smoking in Hispanic women: A meta-analysis. *J Ethn Subst Abuse*. 2016;15(1):46-72.
93. 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.
94. Babb S, Malarcher A, Schauer G, Asman K, Jamal A. Quitting Smoking Among Adults – United States, 2000-2015. *MMWR Morbid Mortal Wkly Rep*. 2017;65(52):1457-1464.
95. 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(5):418-427.
96. 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(6):1230-1236.
97. 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(2):A39.
98. Jamal A, Gentzke A, Hu SS, et al. Tobacco Use Among Middle and High School Students – United States, 2011-2016. *MMWR Morbid Mortal Wkly Rep*. 2017;66(23):597-603.
99. Kann L, McManus T, Harris WA, Shanklin SL. Youth Risk Behavior Surveillance — United States, 2017. *MMWR Morbid Mortal Wkly Rep*. 2018;67(8):1-114.
100. 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. *CA Cancer J Clin* 2012;62(1):30-67.
101. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, Grosse Y, Bianchini F, Straif K. Body Fatness and Cancer – Viewpoint of the IARC Working Group. *N Engl J Med*. 2016;375(8):794-798.
102. Demark-Wahnefried W, Platz EA, Ligibel JA, et al. The role of obesity in cancer survival and recurrence. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2012;21(8):1244-1259.

103. Fryar CD, Carroll MD, Ogden CL. Prevalence of Overweight, Obesity, and Extreme Obesity Among Adults: United States, 1960-1962 through 2011-2012. National Center for Health Statistics. September 2014. National Center for Health Statistics 2014; http://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/obesity_adult_11_12/obesity_adult_11_12.pdf.
104. 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.
105. Ogden CL, Fakhouri TH, Carroll MD, et al. Prevalence of Obesity Among Adults, by Household Income and Education – United States, 2011-2014. *MMWR Morbid Mortal Wkly Rep*. 2017;66(50):1369-1373.
106. National Center for Health Statistics. *Health, United States, 2016: With Chartbook on Long-term Trends in Health*. Hyattsville, MD2017.
107. 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(3):275-280.
108. Giovannucci E, Harlan DM, Archer MC, et al. Diabetes and cancer: a consensus report. *CA Cancer J Clin*. 2010;60(4):207-221.
109. Bao C, Yang X, Xu W, et al. Diabetes mellitus and incidence and mortality of kidney cancer: a meta-analysis. *J Diabetes Complications*. 2013;27(4):357-364.
110. Wang L, Wang L, Zhang J, Wang B, Liu H. Association between diabetes mellitus and subsequent ovarian cancer in women: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(16):e6396.
111. U.S. Census Bureau, American Community Survey, Public Use Microdata File, 2012-2016. Available at <https://dataferrett.census.gov/>. Accessed August 6, 2018..
112. Schneiderman N, Llabre M, Cowie CC, et al. Prevalence of diabetes among Hispanics/Latinos from diverse backgrounds: the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos (HCHS/SOL). *Diabetes Care*. 2014;37(8):2233-2239.
113. 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(1):120-126.
114. Setiawan VW, Stram DO, Porcel J, et al. Pancreatic Cancer Following Incident Diabetes in African Americans and Latinos: The Multiethnic Cohort. *J Natl Cancer Inst*. 2018.
115. World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research. Continuous Update Project 2016; <http://www.wcrf.org/int/research-we-fund/continuous-update-project-cup>.
116. Bagnardi V, Rota M, Botteri E, et al. Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. *Br J Cancer*. 2015;112(3):580-593.
117. Chen WY, Rosner B, Hankinson SE, Colditz GA, Willett WC. Moderate alcohol consumption during adult life, drinking patterns, and breast cancer risk. *JAMA*. 2011;306(17):1884-1890.
118. International Agency for Research on Cancer. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Vol. 96. Alcohol Consumption and Ethyl Carbamate. IARC; Lyon, 2010.
119. Caetano R, Ramisetty-Mikler S, Rodriguez LA. The Hispanic Americans Baseline Alcohol Survey (HABLAS): rates and predictors of alcohol abuse and dependence across Hispanic national groups. *J Stud Alcohol Drugs*. 2008;69(3):441-8..
120. Wahl AM, Eitle TM. Gender, acculturation and alcohol use among Latina/o adolescents: a multi-ethnic comparison. *J Immigr Minor Health*. 2010;12(2):153-165.
121. US Department of Health and Human Services. The Surgeon General's Call to Action To Prevent and Reduce Underage Drinking. U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General. 2007.
122. 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(1):12-25.
123. Rowe CL, Liddle HA. Family-based treatment development for adolescent alcohol abuse. *Int J Adolesc Med Health*. 2006;18(1):43-51.
124. Copello AG, Velleman RD, Templeton LJ. Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug Alcohol Rev*. 2005;24(4):369-385.
125. Plummer M, de Martel C, Vignat J, et al. Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis. *Lancet Glob Health*. 2016;4(9):e609-616.
126. Plummer M, Franceschi S, Vignat J, Forman D, de Martel C. Global burden of gastric cancer attributable to pylori. *Int J Cancer*. 2015;136(2):487-490.
127. Brown LM. Helicobacter pylori: epidemiology and routes of transmission. *Epidemiol Rev*. 2000;22(2):283-297.
128. Siao D, Somsouk M. Helicobacter pylori: evidence-based review with a focus on immigrant populations. *J Gen Intern Med*. 2014;29(3):520-528.
129. Hooi JKY, Lai WY, Ng WK, et al. Global Prevalence of Helicobacter pylori Infection: Systematic Review and Meta-Analysis. *Gastroenterology*. 2017;153(2):420-429.
130. Chey WD, Leontiadis GI, Howden CW, Moss SD. ACG Clinical Guideline: Treatment of Helicobacter pylori Infection. *Am J Gastroenterol*. 2017;112(2):212-239.
131. International Agency for Research on Cancer. *Helicobacter pylori Eradication as a Strategy for Preventing Gastric Cancer IARC Workgroup Report*. Lyon, France: IARC;2013.
132. International Agency for Research on Cancer. *IARC Monograph on Biological Agents: A Review of Human Carcinogens*. 2012.
133. Centers for Disease Control and Prevention. *Viral Hepatitis Surveillance – United States, 2014*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention;2014.
134. Schillie S VC, Reingold A, Harris A, et al. Prevention of Hepatitis B Virus Infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Recomm Rep*. 2018;67(1):1-31.
135. Walker TY, Elam-Evans LD, Singleton JA, et al. National, Regional, State, and Selected Local Area Vaccination Coverage Among Adolescents Aged 13-17 Years – United States, 2016. *MMWR Morbid Mortal Wkly Rep*. 2017;66(33):874-882.
136. Healy J, Rodriguez-Lainz A, Elam-Evans LD, et al. Vaccination coverage among foreign-born and U.S.-born adolescents in the United States: Successes and gaps – National Immunization Survey-Teen, 2012-2014. *Vaccine*. 2018;36(13):1743-1750.
137. 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(1):58-66.

138. 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(RR-16):1-33.
139. Roberts H, Kruszon-Moran D, Ly KN, et al. Prevalence of chronic hepatitis B virus (HBV) infection in U.S. households: National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), 1988-2012. *Hepatology*. 2016;63(2):388-397.
140. 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(2):422-433.
141. 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(12):2212-2219.
142. US Preventive Services Task Force. Final Recommendation Statement: Hepatitis B Virus Infection: Screening. 2014; <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Página/Document/RecommendationStatementFinal/hepatitis-b-virus-infection-screening-2014>. Accessed April 25, 2018.
143. Armstrong GL, Wasley A, Simard EP, et al. The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States, 1999 through 2002. *Ann Intern Med*. 2006;144(10):705-714.
144. 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(5):349-357.
145. Jemal A, Fedewa SA. Recent Hepatitis C Virus Testing Patterns Among Baby Boomers. *Am J Prev Med*. 2017(5).
146. Edlin BR, Eckhardt BJ, Shu MA, Holmberg SD, Swan T. Toward a more accurate estimate of the prevalence of hepatitis C in the United States. *Hepatology*. 2015;62(5):1353-1363.
147. 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(3):187-193.
148. Saraiya M, Unger ER, Thompson TD, et al. US assessment of HPV types in cancers: implications for current and 9-valent HPV vaccines. *J Natl Cancer Inst*. 2015;107(6):d5v086.
149. Viens LJ, Henley SJ, Watson M, et al. Human Papillomavirus-Associated Cancers – United States, 2008-2012. *MMWR Morbid Mortal Wkly Rep*. 2016;65(26):661-666.
150. Centers for Disease Control and Prevention. *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases*. 13th ed. Washington DC: Public Health Foundation; 2015.
151. 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(12):1878-1886.
152. 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(2):393-399.
153. McQuillan G K-MD, Markowitz LE, Unger ER, Paulose-Ram R., Prevalence of HPV in Adults Aged 18-69: United States, 2011-2014. *NCHS Data Brief*. 2017;April 2017(20):1-8.
154. Serrano B, de Sanjose S, Tous S, et al. Human papillomavirus genotype attribution for HPVs 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 and 58 in female anogenital lesions. *Eur J Cancer*. 2015;51(13):1732-1741.
155. 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 Morbid Mortal Wkly Rep*. 2015;64(11):300-304.
156. Smith RA, Andrews K, Brooks D, et al. Cancer Screening in the United States, 2017: A Review of Current American Cancer Society Guidelines and Current Issues in Cancer Screening. *CA Cancer J Clin*. 2017.
157. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Immunization and Respiratory Diseases. TeenVaxView. 2017; <https://www.cdc.gov/vaccines/imz-managers/coverage/teenvaxview/index.html>. Accessed November 28, 2017.
158. 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(1):164-169.
159. Reiter PL, Brewer NT, Gilkey MB, et al. Early adoption of the human papillomavirus vaccine among Hispanic adolescent males in the United States. *Cancer*. 2014;120(20):3200-3207.
160. Henry KA, Stroup AM, Warner EL, Kepka D. Geographic Factors and Human Papillomavirus (HPV) Vaccination Initiation among Adolescent Girls in the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2016;25(2):309-317.
161. Simard EP, Pfeiffer RM, Engels EA. Spectrum of cancer risk late after AIDS onset in the United States. *Arch Intern Med*. 2010;170(15):1337-1345.
162. 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(5):611-622.
163. Engels EA. Non-AIDS-defining malignancies in HIV-infected persons: etiologic puzzles, epidemiologic perils, prevention opportunities. *AIDS*. 2009;23(8):875-885.
164. Samji H, Cescon A, Hogg RS, et al. Closing the gap: increases in life expectancy among treated HIV-positive individuals in the United States and Canada. *PLoS one*. 2013;8(12):e81355.
165. Centers for Disease Control and Prevention. *HIV Surveillance Report, 2016*. Atlanta, GA: Center for Disease Control and Prevention; November 2017 2017.
166. Oeffinger KC, Fontham ET, Etzioni R, et al. Breast Cancer Screening for Women at Average Risk: 2015 Guideline Update From the American Cancer Society. *JAMA*. 2015;314(15):1599-1614.
167. Shoemaker ML, White MC. Breast and cervical cancer screening among Hispanic subgroups in the USA: estimates from the National Health Interview Survey 2008, 2010, and 2013. *Cancer Causes Control*. 2016;27(3):453-457.
168. 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(4):516-542.
169. Watson M, Benard V, King J, Crawford A, Saraiya M. National assessment of HPV and Pap tests: Changes in cervical cancer screening, National Health Interview Survey. *Prev Med*. 2017;100:243-247.
170. 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(2 Suppl):348-358.

171. National Center for Health Statistics. National Health Interview Survey, 2015. Public-use data file and documentation. 2016; http://www.cdc.gov/nchs/nhis/quest_data_related_1997_forward.htm. Accessed July 16, 2016.
172. Wolf AMD, Fontham ETH, Church TR, et al. Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. *CA Cancer J Clin*. 2018.
173. Wolf A, Wender RC, Etzioni RB, et al. American Cancer Society Guideline for the Early Detection of Prostate Cancer: Update 2010. *CA Cancer J Clin*. 2010;60(2):70-98.
174. Fedewa SA, Gansler T, Smith R, et al. Recent Patterns in Shared Decision Making for Prostate-Specific Antigen Testing in the United States. *Ann Fam Med*. 2018;16(2):139-144.
175. Leyva B, Persoskie A, Ottenbacher A, et al. Do Men Receive Information Required for Shared Decision Making About PSA Testing? Results from a National Survey. *J Cancer Educ*. 2016;31(4):693-701.
176. Goding Sauer A, Siegel RL, Jemal A, Fedewa SA. Updated review of prevalence of major risk factors and use of screening tests for cancer in the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2017.
177. Wood DE, Eapen GA, Ettinger DS, et al. Lung cancer screening. *J Natl Compr Canc Netw*. 2012;10(2):240-265.
178. Smith RA, Andrews KS, Brooks D, et al. Cancer screening in the United States, 2018: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin*. 2018.
179. Jemal A, Fedewa SA. Lung Cancer Screening With Low-Dose Computed Tomography in the United States-2010 to 2015. *JAMA oncology*. 2017.
180. 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(4):310-318.
181. 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(1):165-173.
182. 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(8):1745-1754.
183. 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(4):462-469.
184. Mojica CM, Parra-Medina D, Vernon S. Interventions Promoting Colorectal Cancer Screening Among Latino Men: A Systematic Review. *Prev Chronic Dis*. 2018;15:E31.
185. Centers for Disease Control and Prevention. National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program (NBCCEDP) – National Aggregate. 2015; http://www.cdc.gov/cancer/nbccedp/data/summaries/national_aggregate.htm. Accessed April 9, 2015.
186. Semega JL, Fontenot KR, Kollar MA. Income and Poverty in the United States: 2016. US Census Bureau, Current Population Reports, P60-259. Washington, DC: US Government Printing Office; 2017. 2017.
187. Velasco-Mondragon E, Jimenez A, Palladino-Davis AG, Davis D, Escamilla-Cejudo JA. Hispanic health in the USA: a scoping review of the literature. *Public Health Rev*. 2016;37:31.
188. Scheppers E, van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, Dekker J. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Fam Pract*. 2006;23(3):325-348.
189. Fedewa SA, Sauer AG, DeSantis C, Siegel RL, Jemal A. Disparities in cancer screening by occupational characteristics. *Prev Med*. 2017;105:311-318. Doty MM, Blumenthal D, Collins SR. The Affordable Care Act and health insurance for Latinos. *JAMA*.
190. Doty MM, Blumenthal D, Collins SR. The Affordable Care Act and health insurance for Latinos. *JAMA*. 2014;312(17):1735-1736.
191. Silva A, Molina Y, Hunt B, Markossian T, Saiyed N. Potential impact of the Affordable Care Act's preventive services provision on breast cancer stage: A preliminary assessment. *Cancer Epidemiol*. 2017;49:108-111.
192. Passel JS, Cohn D. Overall Number of U.S. Unauthorized Immigrants Holds Steady Since 2009. Pew Research Center. 2016. Available from: <http://www.pewhispanic.org/2016/09/20/overall-number-of-u-s-unauthorized-immigrants-holds-steady-since-2009/> Accessed May 21, 2018.
193. Hacker K, Anies M, Folb BL, Zallman L. Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk Manag Healthc Policy*. 2015;8:175-183.
194. Kagawa-Singer M, Dadia AV, Yu MC, Surbone A. Cancer, culture, and health disparities: time to chart a new course? *CA Cancer J Clin*. 2010;60(1):12-39.
195. Gilbert MJ. *Principles and Recommended Standards for Cultural Competence Education of Health Care Professionals*. Los Angeles: The California Endowment; 2002.
196. Goode TD, Dunne MC, Bronheim SM. *The Evidence Base for Cultural and Linguistic Competency in Health Care*. Washington, DC: Georgetown University; 2006.
197. Pinheiro PS, Williams M, Miller EA, Easterday S, Moonie S, Trapido EJ. Cancer survival among Latinos and the Hispanic Paradox. *Cancer Causes Control*. 2011;22(4):553-561.
198. 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(5):515-530.
199. SEER*Stat Database: NAACCR Incidence – CiNA Analytic File, 1995-2015, for NHI Av2 Origin, Custom File with County, ACS Facts & Figures Projection Project, North American Association of Central Cancer Registries. 2018.
200. 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.
201. Copeland G, Green D, Firth R, et al. Cancer in North America: 2011-2015. Volume One: Combined Cancer Incidence for the United States, Canada and America. Springfield, IL: North American Association of Central Cancer Registries, Inc. June 2018.
202. 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).
203. 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(4):1091-1099.

204. Copeland G, Green D, Firth R, et al (eds). *Cancer In North America, 2011-2015. Volume Three: Registry-specific Cancer Mortality in the United States and Canada*. Springfield, IL: North American Association of Central Cancer Registries, Inc. June 2018.

205. 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.

206. 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.

Agradecimientos

La producción de este informe no habría sido posible sin los esfuerzos de Rick Alteri, Doctor en Medicina (MD); Maria Christy; Elvan Daniels, Doctor en Medicina (MD), Magíster en Salud Pública (MPH); Keri Daniels; Michelle DelFavero, Magíster en Terapia Ocupacional (MOT), Magíster en Salud Pública (MPH); Stacey Fedewa, Doctor (PhD), Magíster en Salud Pública (MPH); Trista Hargrove, Magíster en Humanidades (MA); Mamta Kalidas, Doctor en Medicina (MD); TJ Koerner, Doctor (PhD); Catherine McMahon, Magíster en Salud Pública (MPH); Dinorah Martinez Tyson, Doctor (PhD), Magíster en Salud Pública (MPH), Magíster en Humanidades (MA); Paulo Pinheiro, Doctor en Medicina (MD), Doctor (PhD); Cheri Richard, Magíster en Ciencias (MS); Ann Goding Sauer, Magíster en Ciencias en Salud Pública (MSPH); Scott Simpson; Sabrina Singleton, Magíster en Salud Pública (MPH); Kirsten Sloan; Lindsey Torre, Magíster en Ciencias en Salud Pública (MSPH); Dana Wagner y Kristen Young.

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

Para obtener más información, comuníquese con: Kimberly Miller, Magíster en Salud Pública (MPH); Rebecca Siegel, Magíster en Salud Pública (MPH); Ahmedin Jemal, Doctor en Medicina Veterinaria (DVM), Doctor (PhD) Programa de Vigilancia e Investigación de Servicios de Salud

La misión de la Sociedad Americana Contra El Cáncer es salvar vidas,
celebrar la vida, y dirigir la lucha por un mundo sin cáncer.



cancer.org/es | 1.800.227.2345

