



Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos 2009-2011



Sociedad Americana
del Cáncer™

También disponible en inglés
Si desea información adicional,
visite cancer.org/statistics.

Contenido

Estadísticas sobre el cáncer	1
Cánceres específicos	8
Tipos de cáncer de mayor incidencia entre los hispanos	12
El cáncer en los niños y adolescentes	14
Factores que influyen en la salud: estado socioeconómico y valores y creencias culturales	17
Factores de riesgo del cáncer	20
Pruebas de detección del cáncer	27
Guías de las pruebas de detección del cáncer	28
Cómo la Sociedad Americana del Cáncer ayuda a salvar vidas y reducir las disparidades del cáncer	31
Fuentes estadísticas	35
Factores que influyen en las tasas de incidencia del cáncer	36
Referencias	37

Agradecimientos

La elaboración de este informe no hubiera sido posible sin la colaboración de las siguientes personas: Priti Bandi, MS; Ermilo Barrera, MD; Carolina Casares, MD, MPH; Ronit Elk, PhD; Andy Lake; Brenda McNeal; Amelie Ramirez, DrPh; Erin Reidy, MA; Mona Shah, MPH; Scott Simpson; Kristen Sullivan, MS, MPH; Ed Trapido, ScD; y Dana Wagner.

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

Si desea más información diríjase a:

Rebecca Siegel, MPH

Vilma Cokkinides, PhD, MSPH

Ahmedin Jemal, DVM, PhD

Elizabeth Ward, PhD

Departamento de Vigilancia e Investigaciones sobre Normas de la Salud

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

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

©2009, American Cancer Society, Inc. Reservados todos los derechos, inclusive el derecho de reproducir el contenido de esta publicación, total o parcialmente, por cualquier medio.

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



Estadísticas sobre el cáncer

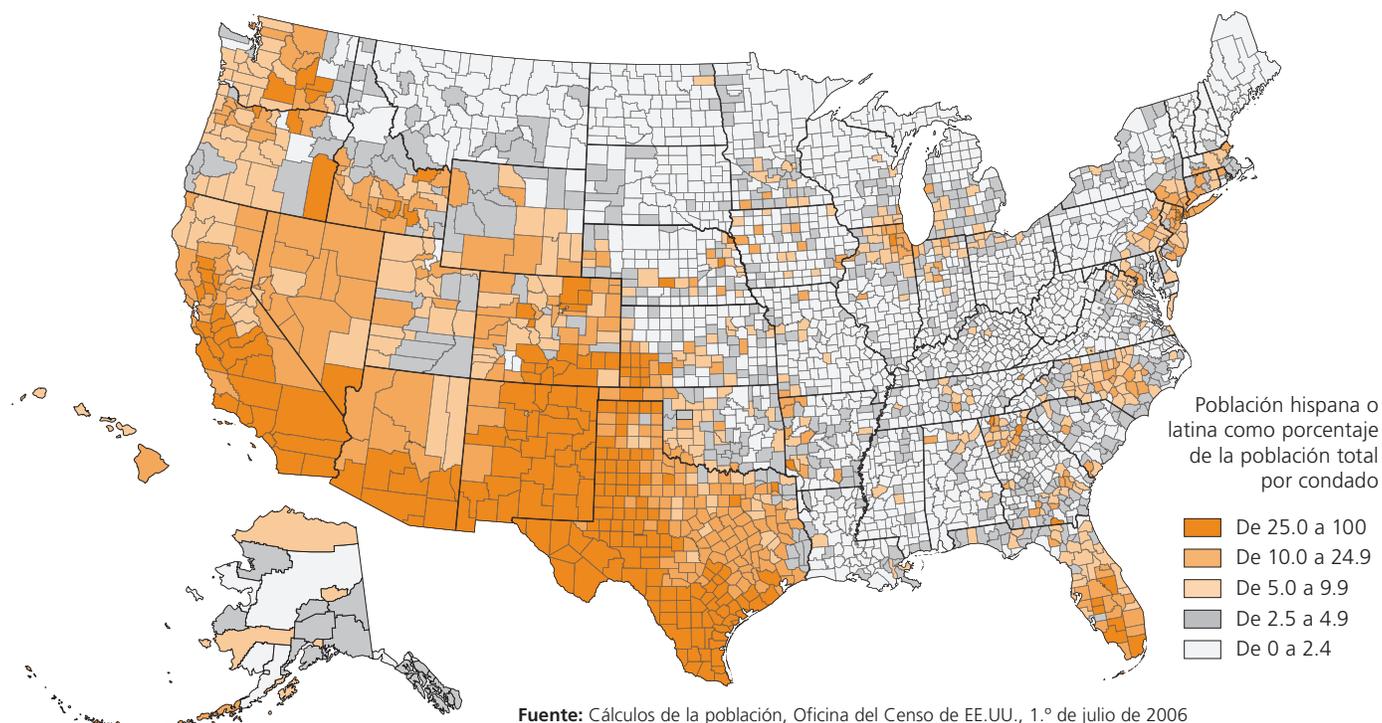
Introducción

De acuerdo con la Oficina del Censo de EE.UU., 45.5 millones de estadounidenses, o sea un total del 15% de la población de EE.UU., se identificaron como hispanos o latinos en 2007. Los términos “hispano” y “latino” se usan para referirse a las personas de origen hispano. La palabra “hispano” es una designación federal de EE.UU. que se usa en los sistemas nacionales y estatales de reporte. “Latino” es un término de etnicidad auto-designado. En este documento ambos términos se usan indistintamente sin preferencias ni prejuicios. Los hispanos son el grupo minoritario de mayor tamaño, crecimiento más rápido y más joven en Estados Unidos. En 2007, el promedio de edad entre los hispanos era 27.6, comparado con el promedio de 36.6 de la población general de Estados Unidos. De estas personas, aproximadamente un 60% nació en EE.UU., mientras que el 40% restante nació en el extranjero (no son ciudadanos estadounidenses de nacimiento). Cerca del 64% de los hispanos son de ascendencia mexicana, seguidos de los puertorriqueños (9.0%), centroamericanos (7.6%), sudamericanos (5.5%), cubanos (3.4%), dominicanos

(2.8%) y otras personas de orígenes diversos. Aunque las personas de origen hispano pueden ser de cualquier raza, aproximadamente un 97% de los hispanos en Estados Unidos son blancos. La población hispana no está distribuida uniformemente en Estados Unidos, un 43% está concentrada en el oeste y un 35% en el sur (figura 1). Entre los estados existe una variación substancial en la población hispana por país de origen¹. Por ejemplo, los mexicanoamericanos comprenden más del 75% de la población hispana en Texas y California, en comparación con sólo un 14% en Florida.

En este informe se presentan estadísticas acerca de la incidencia, mortalidad, supervivencia y factores de riesgo del cáncer entre los hispanos de Estados Unidos. Todas las tasas de incidencia y mortalidad se han ajustado por edades a la población estándar de Estados Unidos, tomadas del censo de 2000, a fin de poder comparar entre grupos de poblaciones con diferentes distribuciones de edad. Esta publicación tiene el propósito de informar a los líderes comunitarios, trabajadores de los sectores de atención médica y salud pública, así como a otras personas interesadas en la

Figura 1. Distribución de la población hispana en EE.UU., 2006



prevención, la detección temprana y el tratamiento del cáncer de los hispanos. Es importante hacer notar que la mayoría de los datos de cáncer de los hispanos en Estados Unidos se reporta como si fuera un solo grupo, y esto oculta diferencias importantes que existen entre las subpoblaciones de hispanos de diferente país de origen. Por ejemplo, un estudio de los hispanos que viven en Florida determinó que la tasa de mortalidad por cáncer ajustada por edades entre los hombres cubanos (327.5 por 100,000) era el doble que la de los hombres mexicanos (163.4 por 100,000)².

¿Qué es el cáncer?

Se denomina cáncer a un grupo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento incontrolado y la propagación de células anormales. Si esta propagación no se controla puede causar la muerte. Su causa se debe a factores tanto externos (tabaco, organismos infecciosos, alimentación deficiente, sustancias químicas y radiación) como internos (mutaciones heredadas, hormonas, problemas inmunitarios y mutaciones debidas al metabolismo). Los factores causales pueden ejercer su acción en conjunto o en secuencia para iniciar o promover la carcinogénesis. A menudo transcurren diez o más

años entre la exposición a los factores externos y la detección del cáncer. El cáncer se trata con cirugía, radiación, quimioterapia, terapia hormonal, terapia biológica y terapia dirigida.

¿Se puede prevenir el cáncer?

La mayoría de los cánceres causados por el abuso del tabaco y del alcohol se pueden prevenir completamente. Muchos de los cánceres causados por factores externos, como por organismos infecciosos, también se pueden prevenir. Una gran proporción de cánceres colorrectales pueden prevenirse evitando factores de riesgo tales como la obesidad, la inactividad física, el consumo de carnes rojas y procesadas, así como mediante la detección temprana y la extirpación de lesiones precancerosas. La mayoría de los cánceres de cuello uterino se puede prevenir vacunándose contra el virus del papiloma humano y también mediante la detección temprana y la eliminación de anomalías del cuello uterino. Las pruebas de detección pueden descubrir los cánceres de seno, colorrectal, así como el cáncer de cuello uterino, cavidad bucal y piel en una etapa inicial, con lo cual aumentan las probabilidades de éxito del tratamiento.

Tabla 1. Probabilidades (%) de desarrollar un cáncer invasivo entre los hispanos según ciertos grupos de edad, EE.UU., 2004 a 2006*

		Del nacimiento a 39 años	De 40 a 59	De 60 a 69	70 años en adelante	Del nacimiento a la muerte
Todos los tipos†	Hombres	1.15 (1 en 87)	5.92 (1 en 17)	12.33 (1 en 8)	36.04 (1 en 3)	40.58 (1 en 2)
	Mujeres	1.72 (1 en 58)	7.16 (1 en 14)	7.85 (1 en 13)	24.19 (1 en 4)	33.64 (1 en 3)
Seno	Mujeres	0.38 (1 en 261)	2.85 (1 en 35)	2.42 (1 en 41)	4.83 (1 en 21)	9.29 (1 en 11)
Colon y recto	Hombres	0.06 (1 en 1,644)	0.77 (1 en 130)	1.32 (1 en 76)	4.35 (1 en 23)	5.21 (1 en 19)
	Mujeres	0.06 (1 en 1,688)	0.61 (1 en 165)	0.84 (1 en 119)	3.54 (1 en 28)	4.43 (1 en 23)
Hígado y conducto biliar intrahepático	Hombres	0.02 (1 en 4,969)	0.43 (1 en 231)	0.49 (1 en 202)	1.05 (1 en 95)	1.67 (1 en 60)
	Mujeres	0.01 (1 en 11,126)	0.10 (1 en 986)	0.20 (1 en 510)	0.68 (1 en 147)	0.87 (1 en 114)
Pulmones y bronquios	Hombres	0.01 (1 en 6,749)	0.40 (1 en 249)	1.21 (1 en 83)	4.89 (1 en 20)	5.17 (1 en 19)
	Mujeres	0.02 (1 en 5,480)	0.34 (1 en 293)	0.78 (1 en 129)	2.83 (1 en 35)	3.49 (1 en 29)
Melanoma	Hombres	0.02 (1 en 4,522)	0.09 (1 en 1,101)	0.10 (1 en 996)	0.47 (1 en 214)	0.55 (1 en 181)
	Mujeres	0.05 (1 en 1,844)	0.13 (1 en 793)	0.11 (1 en 948)	0.28 (1 en 357)	0.51 (1 en 194)
Próstata	Hombres	<0.01 (1 en 20,462)	1.62 (1 en 62)	5.29 (1 en 19)	12.60 (1 en 8)	15.06 (1 en 7)
Estómago	Hombres	0.03 (1 en 3,807)	0.22 (1 en 451)	0.41 (1 en 245)	1.50 (1 en 67)	1.74 (1 en 58)
	Mujeres	0.03 (1 en 3,342)	0.16 (1 en 612)	0.23 (1 en 441)	1.04 (1 en 96)	1.29 (1 en 78)
Cuello uterino	Mujeres	0.18 (1 en 564)	0.41 (1 en 241)	0.24 (1 en 411)	0.42 (1 en 239)	1.16 (1 en 86)

*Para aquellas personas sin cáncer al inicio del intervalo de edades.

† Excluye cáncer de células basales y cáncer de células escamosas y carcinomas in situ, excepto de la vejiga urinaria.

Fuente: DevCan: Software "Probabilidad de padecer o morir de cáncer", versión 6.4.0. Sección de Aplicaciones e Investigación Estadística, Instituto Nacional del Cáncer, 2009. srab.cancer.gov/devcan.

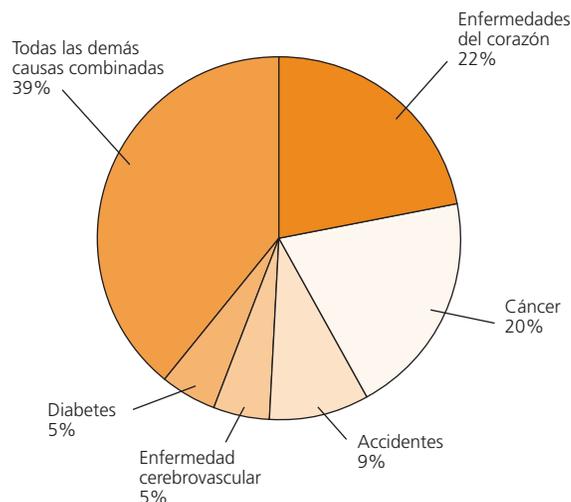
American Cancer Society, Surveillance Research, 2009

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

El cáncer puede afectar a cualquier persona. El riesgo de ser diagnosticado con cáncer aumenta con la edad, debido a que la mayoría de los cánceres requiere muchos años para desarrollarse (tabla 1). Como la población de hispanos es joven en comparación con la de los blancos, la edad media al diagnóstico es de 62 años, en comparación con 68 años en los blancos. En general, aproximadamente dos hombres hispanos y una de cada tres mujeres hispanas serán diagnosticados con cáncer en algún momento de su vida.

La probabilidad de fallecer por cáncer es de una en cinco entre los hombres hispanos y una en seis entre las mujeres hispanas. El cáncer es la segunda causa de mortalidad entre los hispanos, y representa un 20% de la mortalidad en general y un 13% de la mortalidad entre los niños (figura 2, tabla 2).

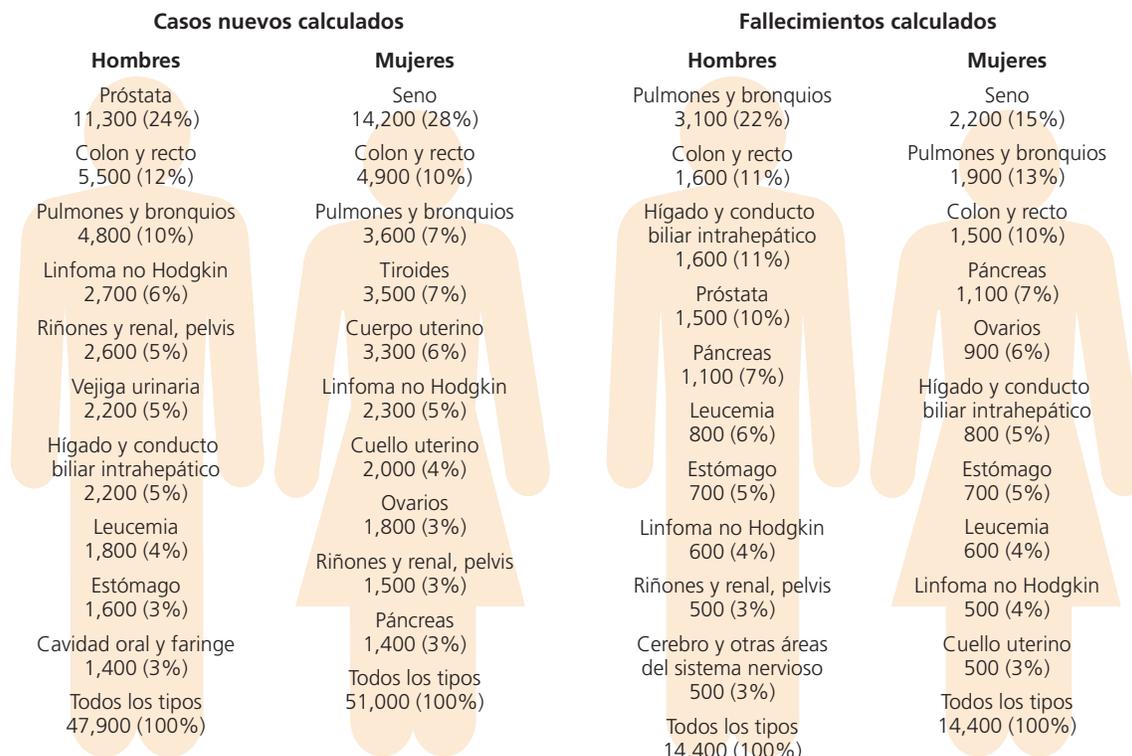
Figura 2. Principales causas de mortalidad entre los hispanos de todas las edades, 2006



Fuente: Datos de mortalidad en EE.UU., 2006, Centro Nacional de Datos Estadísticos sobre Salud, Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades, 2009.

American Cancer Society, Surveillance Research, 2009

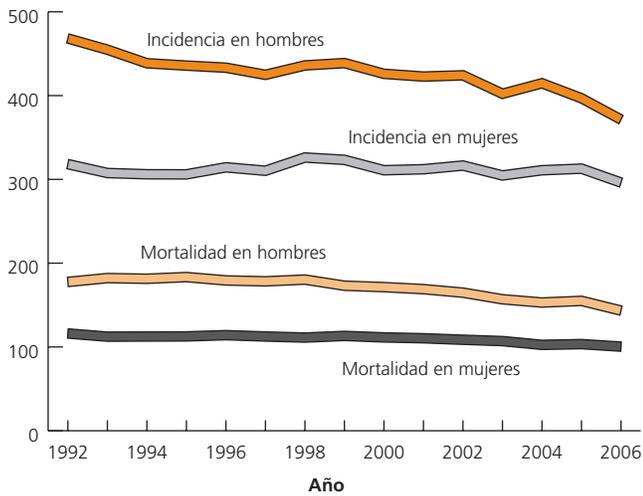
Figura 3. Principales localizaciones de nuevos casos de cáncer y mortalidad entre los hispanos, cálculos para 2009*



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

©2009, American Cancer Society, Surveillance Research

Figura 4. Tendencias en las tasas de incidencia y mortalidad de todos los cánceres combinados entre los hispanos* 1992-2006



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

Fuente: Incidencia: Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER), 13 áreas SEER, excepto el Registro de Nativos de Alaska, Instituto Nacional del Cáncer, 2009. Los datos de los hispanos se basan en el Algoritmo de Identificación Hispana (NHIA) de NAACCR. Mortalidad: Centro Nacional de Datos Estadísticos sobre Salud, Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades, 2009. Se excluyeron los datos de Connecticut, Maine, Maryland, Minnesota, New Hampshire, Nueva York, North Dakota, Oklahoma y Vermont debido al gran número de personas de origen/grupo étnico desconocido.

¿Cuántos casos nuevos de cáncer y fallecimientos se esperan en 2009?

Casos nuevos: Se espera que en 2009 se diagnostiquen aproximadamente 47,900 casos nuevos entre los hombres hispanos y 51,000 casos nuevos entre las mujeres hispanas (figura 3). Se espera que el cáncer de próstata sea el cáncer más comúnmente diagnosticado entre los hombres y que el cáncer de seno sea el más común entre las mujeres. Los cánceres del colon y el recto y el pulmón serán respectivamente el segundo y el tercer cáncer más comúnmente diagnosticado entre mujeres y hombres hispanos. Los cuatro cánceres más comunes (seno, próstata, colorrectal y de pulmón) representan casi la mitad de todos los casos de cáncer entre los hispanos.

Fallecimientos: Se espera que en 2009 aproximadamente 14,400 hombres hispanos y 14,400 mujeres hispanas fallezcan a causa de cáncer (figura 3). Se espera que entre los hombres el cáncer de pulmón represente aproximadamente un 22% del total, seguido por los cánceres colorrectal (11%) y del hígado (11%). Entre las mujeres, el cáncer de seno es la principal causa de mortalidad por cáncer (15% del total), seguido por el cáncer de pulmón (13%) y el cáncer colorrectal (10%). En contraste, la principal causa de mortalidad por cáncer entre las mujeres no hispanas es el cáncer de pulmón.

Tabla 2. Principales tasas de mortalidad entre los hispanos y los blancos no hispanos, EE.UU., 2006

	Hispanos			Blancos no hispanos		
	Número de fallecimientos	Porcentaje de fallecimientos totales	Tasa de mortalidad*	Número de fallecimientos	Porcentaje de fallecimientos totales	Tasa de mortalidad*
Todas las edades						
Enfermedades del corazón	28,921	21.7	144.1	516,883	26.6	200.3
Cáncer	26,633	20.0	118.0	455,978	23.4	184.6
Accidentes (lesiones involuntarias)	12,052	9.1	31.5	91,830	4.7	42.1
Enfermedades cerebrovasculares	7,005	5.3	34.2	108,886	5.6	41.9
Diabetes	6,287	4.7	29.9	50,950	2.6	20.4
Todas las causas	133,004	100.0	564.0	1,944,617	100.0	777.0
Niños de 1 a 14 años de edad						
Accidentes	773	36.4	6.6	2,081	36.9	6.3
Cáncer	265	12.5	2.3	749	13.3	2.3
Anormalidades congénitas (defectos de nacimiento)	186	8.8	1.6	451	8.0	1.4
Agresión (homicidio)	157	7.4	1.3	267	4.7	0.8
Enfermedades del corazón	76	3.6	0.6	207	3.7	0.6
Todas las causas	2,124	100.0	18.1	5,632	100.0	17.1

* Las tasas son por 100,000 habitantes y se ajustan por edades a la población estándar de EE.UU. del año 2000.

Fuente: Datos de mortalidad en EE.UU., 2006, Centro Nacional de Datos Estadísticos sobre Salud, Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades, 2009.

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

Tendencias en las tasas de incidencia del cáncer:

Disponemos de datos sobre las tasas de incidencia del cáncer entre los hispanos desde 1992. Al examinar las tendencias en un período de 10 años (1997-2006), las tasas de incidencia de todos los cánceres combinados en hombres hispanos disminuyeron un promedio del 1.3% cada año (figura 4), lo cual supone una mayor reducción que la de los hombres blancos no hispanos (0.8% al año). En el mismo intervalo de tiempo, las tasas de incidencia de todos los cánceres combinados disminuyó 0.6% al año entre las mujeres hispanas y 0.4% al año entre las mujeres blancas no hispanas.

Tendencias en las tasas de mortalidad por cáncer:

Las tasas de mortalidad de todos los cánceres combinados disminuyeron durante el intervalo comprendido entre 1997 y 2006 un promedio del 2.2% anual entre los hombres hispanos y del 1.2% anual entre las mujeres hispanas. La reducción anual media entre los blancos no hispanos en el mismo intervalo de tiempo fue de 1.5% en los hombres y 0.9% en las mujeres.

¿Cuáles son las principales diferencias relacionadas con el cáncer entre los hispanos y los blancos no hispanos?

Tasas de incidencia y mortalidad: En la tabla 3 se indican las diferencias en las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer entre los hispanos y los blancos no hispanos en los EE.UU. Por lo que respecta al conjunto de todos los cánceres, así como a los cánceres más comunes (próstata, seno en mujeres, colorrectal, y pulmón), las tasas de incidencia y mortalidad entre los hispanos son más bajas que las de los blancos no hispanos. Los cánceres con mayores tasas de incidencia y mortalidad entre los hispanos son los de estómago, hígado, cuello uterino, leucemia linfocítica aguda y vesícula biliar. En la figura 5 se indican las tendencias en las tasas de incidencia y mortalidad entre los hispanos por tipos específicos de cáncer. Es importante observar que los datos estadísticos sobre el cáncer en los hispanos podrían ocultar amplias variaciones en cuanto a la incidencia y mortalidad en poblaciones específicas según el país de origen.

Tabla 3. Tasas de incidencia y mortalidad por cáncer* y relación proporcional entre hispanos y blancos no hispanos, 2002-2006

Incidencia	Mortalidad												
	Hombres			Mujeres			Hombres			Mujeres			
	Hispanos	Blancos no hispanos	Relación proporcional [†]	Hispanos	Blancos no hispanos	Relación proporcional [†]	Hispanos	Blancos no hispanos	Relación proporcional [†]	Hispanos	Blancos no hispanos	Relación proporcional [†]	
Todos los tipos	430.3	562.1	0.8	326.8	429.5	0.8	Todos los tipos	155.2	231.5	0.7	104.0	160.7	0.6
Próstata	131.1	148.2	0.9	–	–	–	Próstata	19.8	23.8	0.8	–	–	–
Seno en las mujeres	–	–	–	90.2	126.9	0.7	Seno en las mujeres	–	–	–	15.6	24.4	0.6
Colon y recto	50.0	58.9	0.8	35.1	43.2	0.8	Colon y recto	16.1	21.7	0.7	10.7	15.1	0.7
Pulmones y bronquios	49.2	89.1	0.6	26.5	59.9	0.4	Pulmones y bronquios	34.0	72.6	0.5	14.5	44.0	0.3
Estómago	14.3	8.4	1.7	8.6	3.8	2.3	Estómago	8.3	4.5	1.8	4.8	2.2	2.2
Cuello uterino	–	–	–	12.7	7.3	1.8	Cuello uterino	–	–	–	3.1	2.1	1.5
Hígado [‡]	15.9	7.2	2.2	6.2	2.5	2.5	Hígado [‡]	11.3	6.4	1.8	5.2	2.8	1.9
Tiroides	3.8	5.4	0.7	13.8	15.1	0.9	Tiroides	0.6	0.5	1.2	0.6	0.5	1.3
Leucemia linfocítica aguda	2.4	1.7	1.4	1.9	1.2	1.6	Leucemia linfocítica aguda	0.8	0.6	1.4	0.6	0.4	1.7
Vesícula biliar	1.3	0.7	1.8	2.8	1.2	2.4	Vesícula biliar	0.6	0.4	1.5	1.3	0.7	1.8

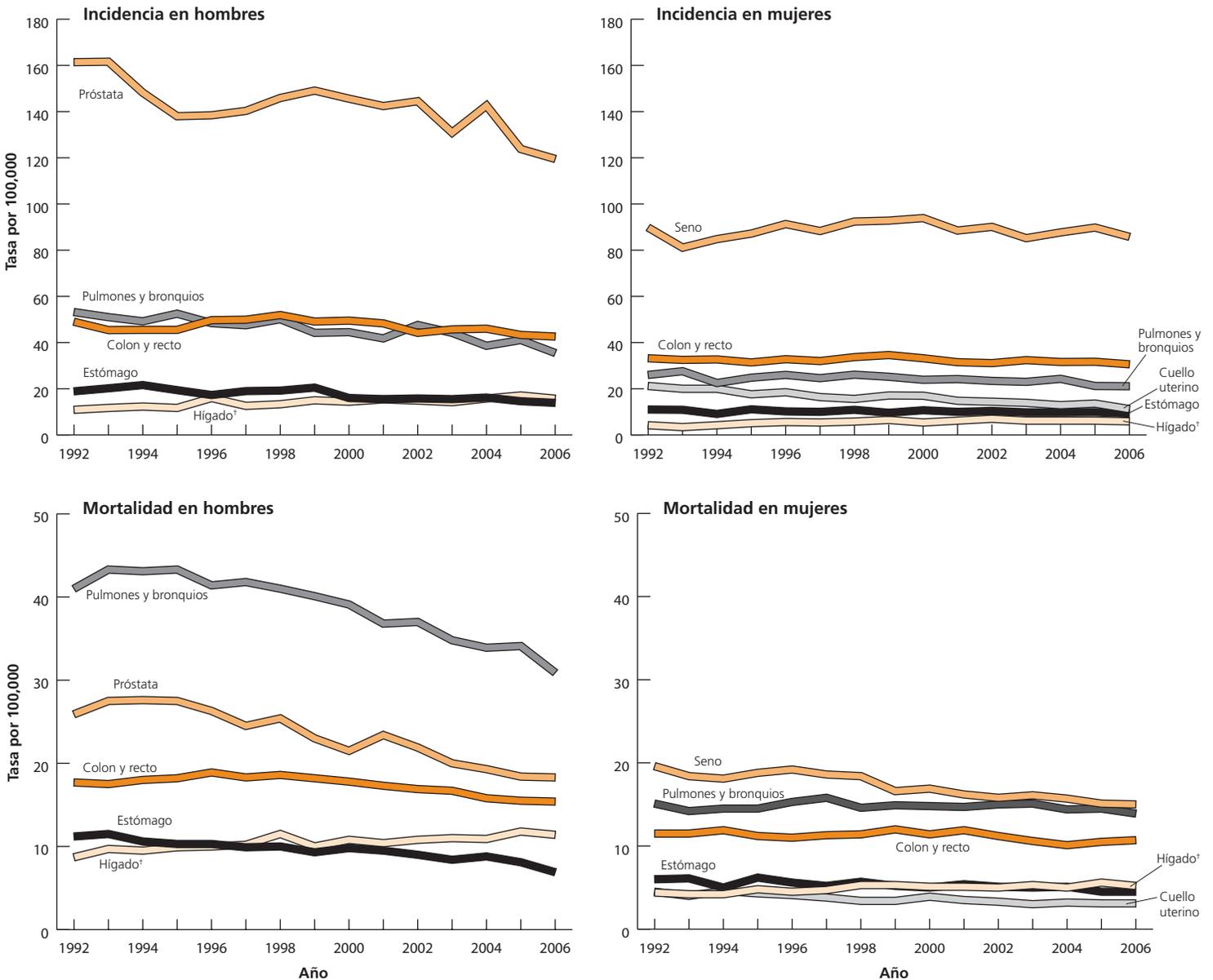
* Las tasas son por 100,000 habitantes y se ajustan por edades a la población estándar de EE.UU. del año 2000.

† La relación proporcional es la tasa no redondeada de los hispanos dividida entre la tasa no redondeada correspondiente de los blancos no hispanos. ‡ Incluye el conducto biliar intrahepático.

Nota: Las personas de origen hispano pueden ser de cualquier raza.

Fuente de los datos: Incidencia: Asociación Norteamericana de Registros Centrales sobre la Incidencia Combinada del Cáncer 2002-2006, 2009. Los datos de incidencia de los hispanos y de los blancos no hispanos se basan en el Algoritmo de Identificación Hispana (NHIA) de NAACCR y excluyen casos del Registro de Nativos de Alaska. Mortalidad: Centro Nacional de Datos Estadísticos sobre Salud, Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades, 2009.

Figura 5. Incidencia del cáncer y tasas de mortalidad entre los hispanos* por tipo de cáncer, 1992-2006



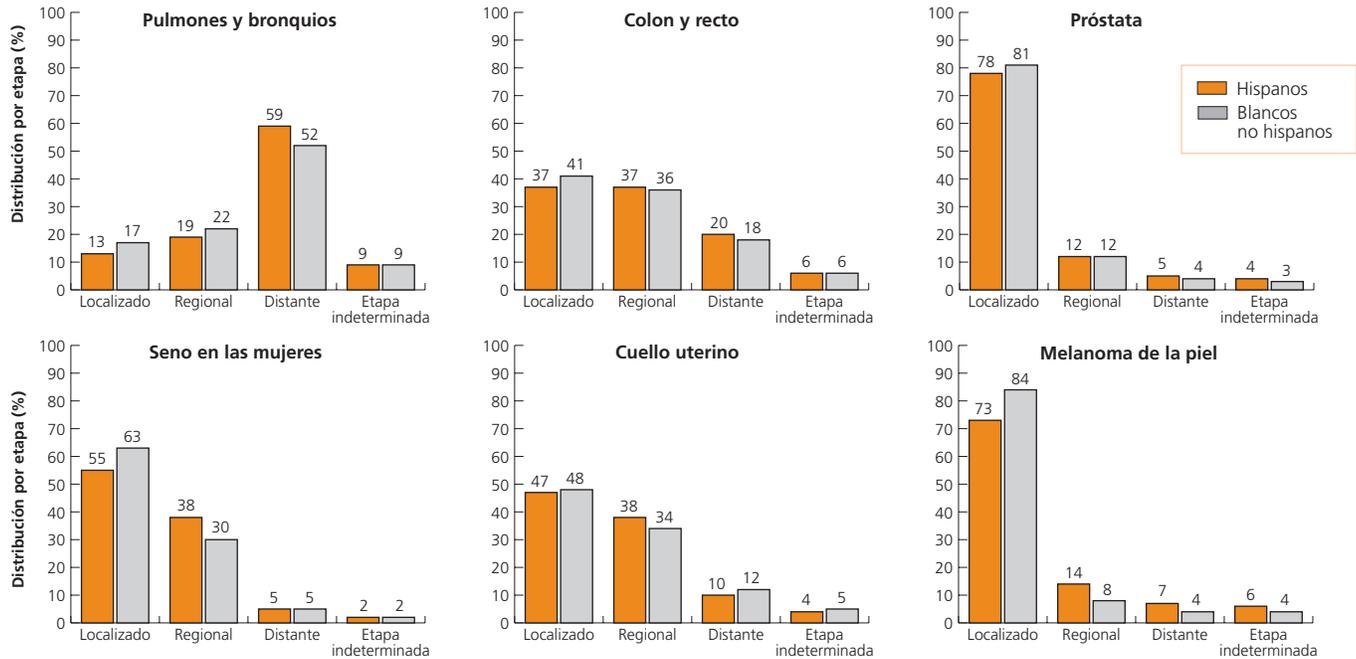
* Las personas de origen hispano/latino pueden ser de cualquier raza. †El hígado incluye el conducto biliar intrahepático.

Fuente: Incidencia: Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER), 13 áreas SEER, excepto el Registro de Nativos de Alaska, Instituto Nacional del Cáncer, 2009. Los datos de los hispanos se basan en el Algoritmo de Identificación Hispana (NHIA) de NAACCR. Mortalidad: Centro Nacional de Datos Estadísticos sobre Salud, Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades, 2009. Se excluyeron los datos de Connecticut, Maine, Maryland, Minnesota, New Hampshire, Nueva York, North Dakota, Oklahoma y Vermont debido al gran número de personas de origen/grupo étnico desconocido.

La incidencia y mortalidad por cáncer entre los hispanos que viven en los EE.UU. es, en general, similar a la observada en sus países de origen sobre los cuales existen datos. Comparadas con las tasas en los EE.UU., la incidencia de los cánceres de seno, colorrectal, pulmón y próstata es más baja en Puerto Rico, Cuba, América Central y América del Sur, mientras que las tasas de

incidencia de los cánceres de cuello uterino, de hígado y de estómago es más alta³. Existe cierta evidencia que indica que los descendientes de inmigrantes hispanos tienen tasas de cáncer que se aproximan a las de los blancos no hispanos debido a la aculturación⁴⁻⁶. El término “aculturación” hace referencia al proceso por cual los emigrantes adoptan las actitudes, valores,

Figura 6. Distribución por etapas de cánceres específicos en hispanos* y blancos no hispanos, 2002-2006



Nota: Es posible que los porcentajes no sumen un total de 100 debido a que se redondearon los números.

*Las personas de origen hispano/latino pueden ser de cualquier raza. Los datos de incidencia de los hispanos se basan en el Algoritmo de Identificación Hispana (NHIA) y excluyen casos del Registro de Nativos de Alaska.

Fuente de los datos: Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER), 17 registros SEER, División de Control del Cáncer y Ciencias de la Población, Instituto Nacional del Cáncer, 2009

costumbres, creencias y conductas de su nueva cultura. Entre los inmigrantes hispanos a los Estados Unidos estos cambios pueden incluir un aumento en el hábito de fumar, la obesidad y el consumo de alcohol, y un descenso en la calidad de su dieta y en la actividad física⁷. En un estudio se determinó que las tasas generales de mortalidad por cáncer entre los hispanos eran 22% más altas entre aquellos que nacieron en Estados Unidos que entre los que nacieron en el extranjero⁸.

Distribución por etapas y supervivencia: La etapa de la enfermedad describe el alcance o la propagación del cáncer en el momento del diagnóstico. Una etapa local describe un cáncer maligno que está limitado al órgano de origen. El cáncer que se diagnostica en una etapa regional se ha extendido desde su punto original a los órganos o tejidos circundantes, o a los nódulos linfáticos próximos. Un cáncer en etapa distante se ha extendido a órganos lejanos. En general, cuanto más se haya extendido un cáncer, menores son las probabilidades de que el tratamiento sea eficaz. Aunque los hispanos tienen tasas de incidencia y mortalidad más bajas que los blancos no hispanos con respecto a la mayoría de los cánceres más comunes, las probabilidades de que su

cáncer se diagnostique en una etapa más avanzada son más altas (figura 6).

Las tasas de supervivencia indican el porcentaje de pacientes que están vivos después de determinado periodo de tiempo tras un diagnóstico de cáncer. La medida de supervivencia que se usa más comúnmente para la población general es la supervivencia relativa, que es la observada en un grupo de pacientes de cáncer dividida entre la esperada en un grupo comparable de personas sin cáncer. Como no hay datos de supervivencia esperada para los hispanos, se usa una medida alternativa, la supervivencia específica de la causa. La supervivencia específica de la causa es la probabilidad de sobrevivir una enfermedad específica dentro de cierto periodo de tiempo (usualmente cinco años) después del diagnóstico.

Las tasas de supervivencia del cáncer por lo general son similares entre los hispanos y los blancos no hispanos. De los tipos de cáncer listados en la tabla 4, la mayor diferencia en supervivencia se encuentra en el melanoma; entre los hombres, 86.5% de blancos no hispanos, pero sólo 78.6% de hispanos, sobreviven cinco años después

Tabla 4. Tasas de supervivencia a los cinco años específicas de cada tipo de cáncer* (%), 1999-2005

	Hispanos	Blancos no hispanos
Hombres		
Todos los tipos	63.7	65.6
Próstata	92.3	93.5
Pulmones y bronquios	13.5	14.9
Colon y recto	62.3	65.0
Estómago	24.7	23.1
Hígado y conducto biliar intrahepático	13.8	14.7
Melanoma de la piel	78.6	86.5
Mujeres		
Todos los tipos	66.4	65.4
Seno	85.8	88.5
Colon y recto	63.2	63.7
Pulmones y bronquios	17.4	19.5
Cuello uterino	75.9	72.3
Estómago	26.2	27.7
Hígado y conducto biliar intrahepático	17.4	13.6
Melanoma de la piel	87.9	92.1

* Las tasas se basan en casos diagnosticados en las 17 áreas del SEER de 1999 a 2005, a los que se hizo seguimiento hasta 2006.

del diagnóstico. Esta diferencia en supervivencia puede deberse a una mayor proporción de tumores densos y a la etapa tardía del cáncer al diagnóstico entre los hispanos⁹. Las diferencias en las tasas de supervivencia pueden reflejar una etapa más tardía al diagnóstico, menor acceso a un tratamiento oportuno y de alta calidad y diferencias en la biología del tumor.

Cánceres específicos

Seno (mujeres)

Casos nuevos: El cáncer de seno es el que se diagnostica más comúnmente entre las mujeres hispanas. Se calcula que en 2009 esta enfermedad se diagnosticará a unas 14,200 mujeres hispanas. Desde 1997, las tasas de incidencia de cáncer de seno han disminuido 1.5% al año entre las mujeres blancas no hispanas y 0.9% al año entre las mujeres hispanas. Algunos de los factores que incrementan el riesgo de cáncer de seno, como la edad, antecedentes familiares, menarquía (comienzo de la menstruación) a edad temprana y menopausia a una edad más avanzada, no se pueden modificar. Otros factores son potencialmente modificables, como la obesidad postmenopáusica, el uso de hormonas después de la menopausia, el consumo de alcohol y la inactividad física¹⁰. Los estudios que examinan el cambio de la talla y el peso corporal en relación con el riesgo de cáncer entre las mujeres hispanas y las blancas no hispanas,

indican que la relación entre la masa corporal y el cáncer de seno puede diferir según el grupo étnico¹¹⁻¹³. La tasa de incidencia de cáncer de seno entre las mujeres es 27% menor que la de las mujeres blancas no hispanas (tabla 3). Se ha calculado que aproximadamente un 7% de esta diferencia se puede explicar por patrones de reproducción más protegidos (menor edad al primer parto y mayor número de hijos) entre las mujeres hispanas^{14, 15}. También puede reflejar un menor uso de la terapia de sustitución hormonal y menos diagnósticos debido a la menor utilización de los mamogramas^{16, 17}. Estudios recientes sugieren que la variación étnica de los factores genéticos que influyen en el desarrollo del cáncer de seno también puede contribuir con algo de la diferencia¹⁸⁻²⁰. Los factores modificables asociados con una reducción del riesgo de cáncer de seno en las mujeres postmenopáusicas incluyen el mantenimiento de un peso corporal sano, la realización de actividad física de moderada a vigorosa y la lactancia¹⁰.

Mortalidad: Se espera que en 2009 fallezcan aproximadamente 2,200 mujeres hispanas a causa del cáncer de seno. El cáncer de seno es la principal causa de mortalidad debida al cáncer entre las mujeres hispanas. Durante el periodo de 1997 a 2006, las tasas de mortalidad por cáncer de seno disminuyeron aproximadamente 2% al año entre las mujeres hispanas y las blancas no hispanas.

Distribución por etapas y supervivencia: Es menos probable que el cáncer de seno se diagnostique en sus etapas tempranas en las mujeres hispanas que en las mujeres blancas no hispanas, aún después de que se toman en cuenta las diferencias de edad, el estado socioeconómico y el método de detección (figura 6)²¹. Por ejemplo, durante el periodo comprendido entre 2002 y 2006, 55% de los cánceres de seno en las mujeres hispanas se diagnosticaron en la etapa local, en comparación con un 63% entre las mujeres blancas no hispanas. Asimismo, es más probable que se diagnostiquen tumores más grandes entre las mujeres hispanas que entre las mujeres blancas no hispanas^{22, 23}. Las diferencias en la utilización de mamogramas y el retraso en el seguimiento de los resultados anormales de las pruebas de detección podrían contribuir a esta diferencia^{24, 25}. Las mujeres hispanas tienen un 20% más de probabilidades de morir de cáncer de seno que las mujeres blancas no hispanas a las que se les diagnostica la enfermedad a una edad y etapa similares²⁶. Probablemente las diferencias en el acceso a la atención médica y al tratamiento contribuyen a esta disparidad^{27, 28}. Los programas de intervención que hacen el seguimiento de los pacientes durante el tratamiento a fin de mejorar la comunicación entre el cirujano, el oncólogo y el paciente, han mostrado reducir las diferencias en el tratamiento del cáncer de seno²⁹.

Colon y recto

Casos nuevos: Se calcula que en 2009 se diagnosticará cáncer de colon o recto a 5,500 hombres hispanos y a 4,900 mujeres hispanas. El cáncer colorrectal es el segundo cáncer más comúnmente diagnosticado tanto en las mujeres como en los hombres hispanos. Las tasas de incidencia de cáncer colorrectal entre las mujeres y los hombres hispanos son de 15 y 19 por ciento menores, respectivamente, que las de los blancos no hispanos (tabla 3). No obstante, las tasas entre hispanos que viven en los EE.UU. son más altas que las observadas en los residentes de Puerto Rico y los países de habla hispana de América Central y América del Sur^{3, 30}. El

cáncer colorrectal es poco común en países en vías de desarrollo pero lo es en países ricos, en los que las dietas tienden a tener un mayor contenido de grasas, hidratos de carbono refinados y proteínas animales, y donde los niveles de actividad física son bajos. Por ejemplo, si se comparan con las tasas de incidencia de cáncer colorrectal entre los hombres que viven en Puerto Rico, las tasas de los hombres que viven en Estados Unidos son 8% mayores entre los hispanos y 45% mayores entre los blancos no hispanos³⁰.

Los factores que incrementan el riesgo de padecer cáncer colorrectal incluyen antecedentes personales o familiares de pólipos o cáncer colorrectal, enfermedad inflamatoria intestinal crónica, síndromes heredados, obesidad, diabetes, consumo de carne roja y procesada y consumo de alcohol³¹. Los factores que protegen contra el cáncer colorrectal incluyen la actividad física ocupacional o recreativa, el uso de fármacos antiinflamatorios, consumo de leche y calcio, exámenes de detección y la detección y extirpación de los pólipos antes de que se vuelvan cancerosos³¹. Las tasas de incidencia de cáncer colorrectal disminuyeron 1.7% al año entre los hombres hispanos y 0.4% al año entre las mujeres hispanas de 1997 a 2006³².

Mortalidad: Se espera que en 2009 fallezcan 1,600 hombres hispanos y 1,500 mujeres hispanas a causa del cáncer colorrectal. El cáncer colorrectal constituye la segunda causa de mortalidad debida al cáncer entre los hombres hispanos y la tercera entre las mujeres hispanas. Entre 1997 y 2006, las tasas de mortalidad por cáncer colorrectal disminuyeron 2.2% al año entre los hombres hispanos y 1.2% al año entre las mujeres hispanas.

Distribución por etapas y supervivencia: El cáncer colorrectal se puede tratar exitosamente si se detecta en sus etapas tempranas. La tasa de supervivencia relativa de cinco años en el caso de los cánceres colorrectales diagnosticados en una etapa localizada es de 91 por ciento; la supervivencia se reduce al 70 por ciento y al 11 por ciento en los casos diagnosticados en una etapa regional y en una etapa distante, respectivamente³². Sólo cuatro de cada 10 pacientes tiene la enfermedad localizada al diagnóstico. Los hispanos tienen más probabilidades de ser diagnosticados con un cáncer colorrectal en etapa avanzada que los blancos no hispanos (figura 6) y tienen menores probabilidades de supervivencia después del diagnóstico si se toman en cuenta las diferencias de edad y etapa²⁶. Los factores que pueden contribuir a las disparidades en la

supervivencia incluyen menor acceso y menor uso de las pruebas de detección de cáncer colorrectal, y menor acceso a un tratamiento oportuno y de alta calidad. Los hispanos se someten a menos exámenes de detección de cáncer colorrectal que cualquier otro grupo minoritario en EE.UU.²⁴.

Pulmón y bronquios

Casos nuevos: Se calcula que en 2009 se diagnosticará cáncer de pulmón a 4,800 hombres hispanos y a 3,600 mujeres hispanas. El cáncer de pulmón es el tercero más comúnmente diagnosticado tanto en las mujeres como en los hombres hispanos. El tabaco es el mayor factor de riesgo para la formación del cáncer de pulmón, siendo responsable del 87% y del 70%, respectivamente, de los casos en hombres y mujeres³³. Las tasas de cáncer de pulmón entre los hispanos son aproximadamente la mitad que la de los blancos no hispanos debido al tradicionalmente menor hábito de fumar cigarrillos entre los hispanos y debido a que los hispanos que fuman tienen menos probabilidades de ser fumadores diarios (tabla 3). De 1997 a 2006, las tasas de incidencia de cáncer de pulmón disminuyeron más rápidamente entre los hombres hispanos (2.5% al año) que entre los hombres blancos no hispanos (1.6% al año). Durante este periodo de tiempo entre las mujeres, las tasas de las mujeres hispanas fueron estables, en contraste con las tasas ligeramente mayores de las mujeres blancas no hispanas (0.4% al año). Las mayores reducciones en las tasas de cáncer de pulmón entre los hombres hispanos y las tasas estables entre las mujeres hispanas pueden reflejar la llegada de inmigrantes que con mayor probabilidad no fuman.

Mortalidad: Se espera que en 2009 mueran a causa del cáncer de pulmón 3,100 hombres hispanos y 1,900 mujeres hispanas. El cáncer de pulmón es la principal causa de mortalidad debida al cáncer entre los hombres hispanos y la segunda entre las mujeres hispanas. Las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón en las subpoblaciones hispanas varían de acuerdo con diferencias históricas en el patrón de uso de tabaco. Entre 1997 y 2006, las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón disminuyeron 3.1% al año entre los hombres hispanos y 0.8% al año entre las mujeres hispanas. Durante el mismo intervalo de tiempo, las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón entre los blancos no hispanos disminuyó en los hombres (1.6% al año) y se mantuvieron estables entre las mujeres. La reducción de las tasas de mortalidad entre los hombres refleja una

reducción del hábito de fumar durante los últimos 30 años. Las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón aún no han disminuido entre las mujeres dado que los patrones de uso de tabaco llevan 20 años de retraso con respecto a los de los hombres.

La mayoría de los cánceres de pulmón se podría prevenir reduciendo el número de adolescentes que comienzan a fumar y aumentando el número de fumadores adultos que dejan de hacerlo. A los 10 años de dejar de fumar, el riesgo de formación del cáncer de pulmón en ex fumadores es de un 30 a un 50% menor que el de las personas que continúan fumando³⁴.

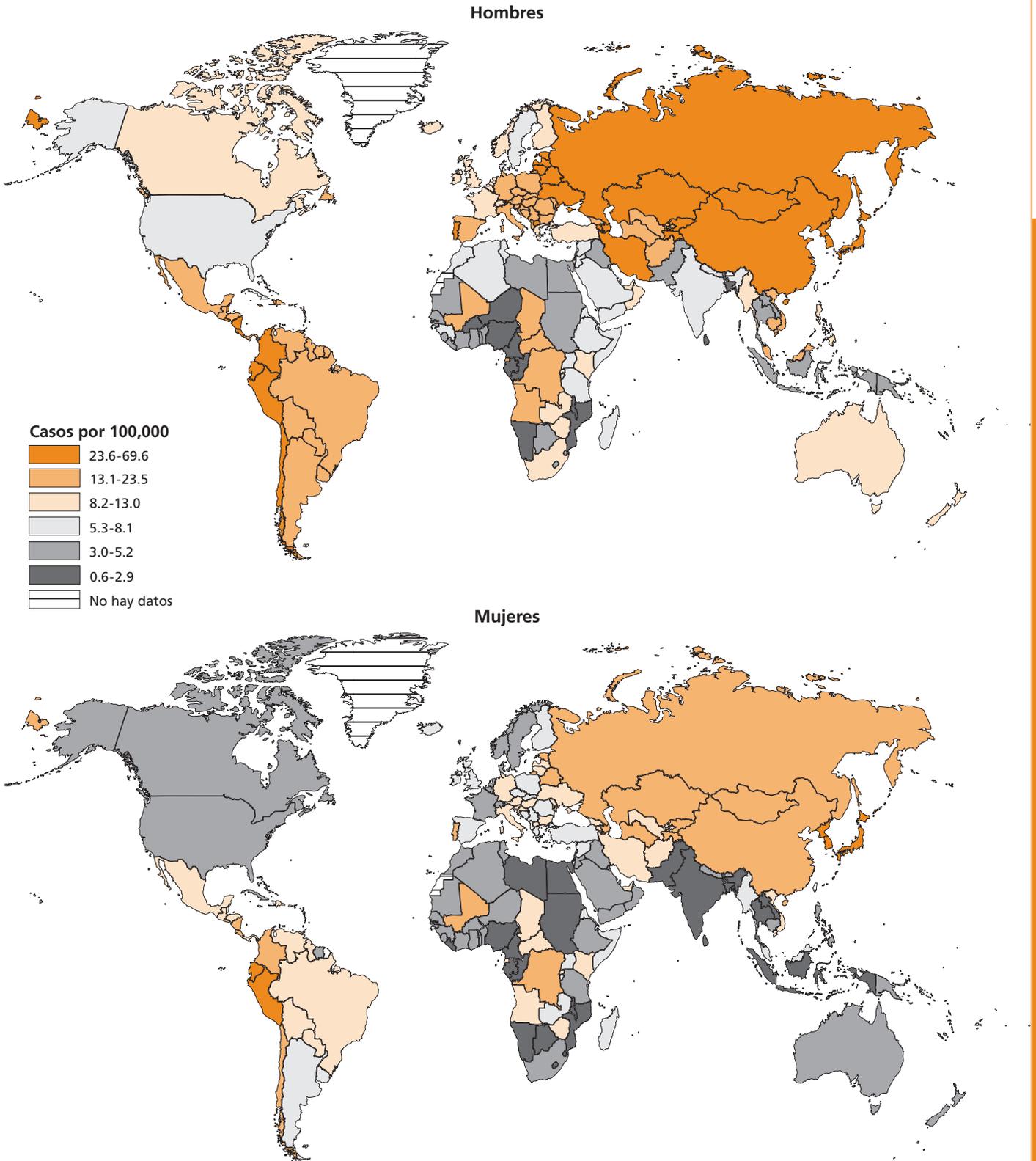
Distribución por etapas y supervivencia: La mayoría de los pacientes con cáncer de pulmón son diagnosticados en una etapa muy avanzada; sólo el 13% de los pacientes hispanos con cáncer de pulmón y 17% de los pacientes blancos no hispanos con cáncer de pulmón son diagnosticados con la enfermedad localizada (figura 6). La tasa de supervivencia relativa a los cinco años de todos los pacientes con cáncer de pulmón en una etapa localizada es de 53%. La supervivencia se reduce al 24% en los pacientes cuyo diagnóstico se efectúa en una etapa regional y al 4% para aquéllos que padecen tumores de etapa distante. Existen pruebas como la tomografía computarizada (CT) espiral de baja dosis y los marcadores moleculares en esputo que han producido resultados prometedores en la detección de cáncer de pulmón en etapas más tempranas y más operables en pacientes de alto riesgo, pero aún no han demostrado reducir la mortalidad por cáncer de pulmón. Actualmente se están investigando los riesgos y beneficios de la realización de las pruebas de detección en personas con alto riesgo de cáncer de pulmón.

Próstata

Casos nuevos: Se espera que en 2009 11,300 hombres hispanos sean diagnosticados con cáncer de próstata, convirtiéndolo en el cáncer más comúnmente diagnosticado entre los hombres hispanos. Entre los años de 2002 y 2006, las tasas del cáncer de próstata entre los hispanos fueron aproximadamente un 12% más bajas que las de los hombres blancos no hispanos. Entre 1997 y 2006, las tasas de incidencia de cáncer de próstata disminuyeron 1.8% al año entre los hombres hispanos, y 1.6% al año entre los hombres blancos no hispanos.

Mortalidad: Se espera que en 2009 ocurran aproximadamente 1,500 fallecimientos por cáncer de próstata entre los hombres hispanos, convirtiendo este cáncer en

Figura 7. Tasas de incidencia de cáncer de estómago estandarizadas con respecto a la edad, 2002



Fuente: Ferlay, et al., GLOBOCAN 2002.²

la cuarta causa principal de fallecimientos por cáncer. La tasa de mortalidad por cáncer de próstata es ligeramente menor entre los hombres hispanos (19.8 por 100,000) que entre los blancos no hispanos (23.8 por 100,000) (tabla 3). De 1997 a 2006, la tasa de mortalidad disminuyó un promedio del 3.6% anual entre los hombres hispanos y un 3.9% anual entre los hombres blancos no hispanos. Esta disminución podría reflejar mejoras en el tratamiento.

Distribución por etapas y supervivencia: Alrededor del 80% de los cánceres de próstata se descubren en una etapa localizada (figura 6). La tasa de supervivencia relativa de cinco años de los pacientes diagnosticados en estas etapas es de casi 100%³². La tasa de

supervivencia para aquellos diagnosticados en una etapa distante es de aproximadamente 31%. Los hombres hispanos tienen una mayor probabilidad de morir de cáncer de próstata que los hombres blancos no hispanos después de haberseles diagnosticado la enfermedad, teniendo en consideración las diferencias en edad y etapa al diagnóstico²⁶. Esto podría reflejar menores probabilidades de tratamiento de alta calidad iniciado a tiempo después del diagnóstico entre los hombres hispanos. La monitorización inadecuada durante la “espera vigilada” activa en pacientes hispanos de edad más avanzada podría contribuir también a esta disparidad en la tasa de supervivencia³⁵.

Tipos de cáncer de mayor incidencia entre los hispanos

Los cánceres de estómago, hígado y cuello uterino, relacionados todos ellos con agentes infecciosos, son más comunes en países en vías de desarrollo, especialmente en países de América Central y América del Sur, así como en regiones de Asia. En Estados Unidos, las tasas de incidencia y mortalidad de estos cánceres son más altas entre los hispanos que entre los blancos no hispanos, especialmente entre inmigrantes a Estados Unidos de primera generación.^{5,36}

Estómago

En 2009 aproximadamente 2,600 hispanos serán diagnosticados con cáncer de estómago, y aproximadamente 1,400 hispanos fallecerán debido a esta enfermedad. Las tasas de incidencia del cáncer de estómago en EE.UU. son al menos un 70% más altas en los hispanos que en los blancos no hispanos (tabla 3). De 1997 a 2006 las tasas de incidencia entre los hispanos disminuyeron 3.2% al año en los hombres y 1.4% al año en las mujeres. Los hispanos son diagnosticados con cáncer de estómago a una edad más joven (< 50 años) con más frecuencia que cualquier otro grupo racial o étnico³⁷. La tasa de supervivencia de cinco años de cáncer de estómago entre los hispanos es de aproximadamente 25% (tabla 4).

El cáncer de estómago es más común en todo México, América del Centro y América del Sur y Asia que en EE.UU. (figura 7). Aunque las infecciones crónicas con

Helicobacter pylori (*H. pylori*) es el factor de riesgo identificado más importante del cáncer de estómago, sólo 5% de las personas infectadas desarrollan la enfermedad³⁸. La prevalencia de la infección con *H. pylori* es mayor en países con bajos ingresos que en países con altos ingresos, y entre personas de estado socioeconómico más bajo, particularmente aquellas que viven en condiciones de hacinamiento³⁹. En EE.UU. las tasas de infección entre los hispanos son de dos a tres veces más altas que entre los blancos⁴⁰. No se tiene la certeza de cuál es la fuente de la infección de *H. pylori* y la manera en que esta bacteria se propaga, aunque lo más probable es que ocurra mediante la transmisión entre personas a través de las rutas oral-fecal y oral-oral. Los factores de riesgo adicionales del cáncer de estómago incluyen alto consumo de sal y alimentos salados, carne y pescados a la parrilla o en barbacoa; y almidón. Muchos estudios han demostrado que una dieta con alto contenido de vegetales y frutas protege contra la enfermedad³⁸.

Hígado y conducto biliar intrahepático

En 2009 aproximadamente 3,100 hispanos serán diagnosticados con cáncer de hígado, y aproximadamente 2,400 hispanos fallecerán debido a esta enfermedad. De 1997 a 2006, las tasas de incidencia del cáncer de hígado entre los hispanos aumentó 3.1% al año en los hombres y 2.5% al año entre las mujeres. Las tasas de incidencia de cáncer de hígado en EE.UU. son más altas entre los

asiáticos americanos y los isleños del Pacífico, seguidos de los hispanos, nativos americanos/nativos de Alaska y los blancos no hispanos²². La tasa de supervivencia de cinco años de cáncer de hígado entre los hispanos es de 14% en los hombres y 17% en las mujeres (tabla 4).

La mayoría de los cánceres de hígado de todo el mundo se atribuyen a infecciones crónicas con el virus de la hepatitis B (VHB) o con el virus de la hepatitis C (VHC)⁴¹. El VHB se puede prevenir mediante la vacunación, y aunque aún no hay una vacuna para el VHC, su transmisión se puede prevenir en gran parte mediante medidas de salud pública, como programas de intercambio de agujas y jeringas y el análisis de sangre, órganos, tejidos y semen de los donantes⁴². Los datos obtenidos en encuestas nacionales realizadas en 1999-2002 indican que la prevalencia de infecciones con el VHC entre los mexicanoamericanos fue comparable a la de los blancos no hispanos y casi la mitad de la de los negros no hispanos⁴³. En EE.UU., se recomienda la vacuna contra el VHB para todos los recién nacidos, todos los niños menores de 18 años que aún no se hayan vacunado y para los adultos que pertenezcan a grupos de alto riesgo (usuarios de drogas intravenosas, personas con varios compañeros sexuales y trabajadores del sector de salud). El alcohol y las aflatoxinas (un contaminante que se encuentra en granos y alimentos con hongos) también son factores de riesgo de cáncer de hígado⁴². El tratamiento de las enfermedades hepáticas de personas que tienen una infección con el VHB o el VHC puede reducir el riesgo de desarrollar cáncer de hígado⁴⁴.

Cuello uterino

En 2009, 2,000 mujeres hispanas en EE.UU. serán diagnosticadas con cáncer de cuello uterino y 500 de ellas fallecerán a causa de esta enfermedad. Las mujeres de México, de América Central y América del Sur tienen tasas de incidencia y de mortalidad por cáncer de cuello uterino casi tres veces más altas que las de las mujeres de EE.UU. debido a la falta de acceso a los exámenes de detección en esos países^{45, 46}. En general, las tasas de incidencia de cáncer de cuello uterino entre las mujeres hispanas que residen en EE.UU. son aproximadamente un 70% más altas que las de las mujeres blancas no hispanas. Un análisis geográfico reciente determinó que las mujeres hispanas tienen las tasas de incidencia de cáncer de cuello uterino más altas que las de cualquier grupo racial/étnico de cada región de EE.UU.⁴⁷. Las tasas más altas se encontraron entre las mujeres hispanas del medio oeste, probablemente debido al gran número de inmigrantes nuevos en esta región.

El cáncer de cuello uterino es uno de los dos únicos cánceres (el otro es el cáncer colorrectal) que realmente se puede prevenir mediante los exámenes de detección. La prueba de Papanicolaou es la prueba de detección de cáncer de cuello uterino más común, y es un procedimiento simple en el que se toma una pequeña muestra de células del cuello uterino y se examina con un microscopio. Además de detectar el cáncer en sus etapas tempranas, cuando el tratamiento tiene más éxito, las lesiones precancerosas que se detectan mediante la prueba de Papanicolaou se pueden extirpar antes de que se conviertan en cáncer. Por fortuna, la mayoría de los precánceres de cuello uterino crecen lentamente, así que casi todos los casos se podrían prevenir con exámenes de detección regulares. En la página 28 encontrará más información sobre la detección de cáncer de cuello uterino.

La causa principal del cáncer de cuello uterino es una infección con ciertos tipos del virus del papiloma humano (VPH)⁴⁸. Entre las mujeres mexicanas que viven en EE.UU., aquellas que nacieron en México tienen una mayor prevalencia de infecciones con el VPH⁴⁹. Los datos de una encuesta de 2003-2004 basada en la población muestran que la prevalencia de la infección con el VPH entre las mujeres (de 14 a 59 años de edad) es similar entre las mujeres mexicanoamericanas y las blancas no hispanas (24%) y la mayor entre las mujeres negras no hispanas (39%)⁵⁰. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) ya aprobó el uso de la primera vacuna que se desarrolló para prevenir las infecciones por el VPH más comunes que causan cáncer de cuello uterino, Gardasil, en mujeres de 9 a 26 años de edad⁴⁸. El uso de otra vacuna, Cervarix, ya se aprobó en muchos países y actualmente espera la aprobación de la FDA.

La tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino entre las mujeres hispanas es casi un 50% mayor que entre las mujeres blancas no hispanas (tabla 3). Se piensa que las tasas bajas de exámenes de detección y el incumplimiento del seguimiento diagnóstico recomendado después de resultados anormales de una prueba de Papanicolaou, contribuyen a una mortalidad más alta entre las mujeres hispanas⁵¹. Se ha calculado que tantos como un 80% de los fallecimientos por cáncer de cuello uterino se pudieron haber prevenido con pruebas de Papanicolaou regulares y el seguimiento adecuado de las pacientes para su tratamiento⁵².

Vesícula biliar

El cáncer de vesícula biliar es relativamente raro, tiene síntomas no específicos que típicamente dan como resultado su diagnóstico en una etapa tardía, y tiene una supervivencia muy baja, sólo un 10% de los pacientes sobrevive cinco años⁵³. Es uno de los pocos cánceres que ocurre más frecuentemente entre las mujeres que entre los hombres. En EE.UU., las mujeres hispanas tienen tasas de incidencia mayores que las de cualquier otro grupo racial/étnico; en 2009 aproximadamente 400 mujeres hispanas serán diagnosticadas con cáncer de vesícula biliar⁵⁴. Las tasas de incidencia de cáncer de vesícula biliar entre los hispanos de EE.UU. disminuyeron 3.2% por año en los hombres y 2.8% por año en las mujeres entre 1997 y 2006. Las mujeres hispanas que viven en

California y Nuevo México tienen la mayor incidencia de cáncer de vesícula biliar, con tasas de tres a cinco veces mayores que las de las mujeres blancas no hispanas que viven en la misma área⁵³. Existe una amplia variación en la incidencia mundial; las poblaciones con el riesgo más alto de cáncer de vesícula biliar se encuentran en América Latina y en Asia⁵³. Un historial de cálculos biliares es el factor de riesgo más importante para el cáncer de vesícula biliar, aunque menos de 1% de las personas con cálculos biliares desarrollarán este tipo de cáncer^{53,55}. Otros factores de riesgo establecidos para el cáncer de vesícula biliar incluyen inflamación crónica e infecciones del tracto biliar y la obesidad^{53,55,56}.

El cáncer en los niños y adolescentes

El cáncer es una enfermedad relativamente rara en niños (de 0 a 14 años) y adolescentes (de 15 a 19 años). Los tipos de cáncer que padecen los niños son diferentes a los que padecen comúnmente los adultos. A diferencia del cáncer de adultos, en el que el consumo de tabaco, el exceso de peso y la obesidad, y la inactividad física son causas conocidas que se pueden prevenir, el cáncer en la infancia y la adolescencia no se entiende bien. Algunas de las causas de los cánceres de la infancia incluyen cambios genéticos que se transmiten de padres a hijos, exposición a la radiación e infecciones debidas a ciertos virus. Por razones que aún no se entienden claramente, algunos cánceres infantiles son más comunes en los países desarrollados y otros en los países en vías de desarrollo.

Casos nuevos: Se calcula que en 2009 aproximadamente 2,300 niños hispanos (de 0 a 14 años de edad) en EE.UU. serán diagnosticados con cáncer, lo que representa aproximadamente un 2.3% del total de casos de cáncer entre los hispanos. En contraste, el cáncer infantil representa menos un 0.7% de los casos nuevos de cáncer en el total de la población estadounidense. La diferencia se debe en parte a que la población hispana es más joven, pues los niños representan un 34% de la población hispana en Estados Unidos, en comparación con el 25% del total de la población estadounidense⁵⁷.

La leucemia es el cáncer más común entre los niños hispanos, seguido del cáncer de cerebro/sistema nervioso central y el linfoma (tabla 5). Los cánceres infantiles con tasas más altas entre los niños hispanos que entre los niños blancos no hispanos incluyen la leucemia, los tumores óseos (osteosarcomas) y los tumores de células germinales. No obstante, en el conjunto combinado de todos los cánceres, las tasas de incidencia son menores en los niños y adolescentes hispanos que en los niños y adolescentes blancos no hispanos. En la figura 8 se muestran las diferencias entre los principales tipos de cáncer infantil por raza/grupo étnico. En comparación con otros grupos de la población, los niños hispanos tienen las mayores tasas de leucemia, el doble que de los niños afroamericanos, quienes tienen las tasas más bajas. Las mayores tasas de leucemia en los niños hispanos se deben principalmente a la leucemia linfocítica aguda, la incidencia de la cual es mayor entre los hispanos de todas las edades^{58,59}.

Mortalidad: Aunque el cáncer infantil sea raro, representa la segunda causa de mortalidad entre los niños hispanos y la cuarta entre los adolescentes hispanos. Se calcula que en 2009 unos 400 niños hispanos morirán de cáncer.

Tendencias en las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer: Entre 1992 y 2006, las tasas de incidencia y mortalidad por el conjunto combinado de todos los

Tabla 5. Tasas de incidencia del cáncer infantil* y relación proporcional entre hispanos y blancos no hispanos, 2002-2006

	De 0 a 14 años de edad			De 15 a 19 años de edad		
	Hispanos	Blancos no hispanos	Relación proporcional†	Hispanos	Blancos no hispanos	Relación proporcional†
Todos los tipos de cáncer combinados	155.3	160.0	1.0	209.0	230.8	0.9
Leucemia	59.4	48.9	1.2	44.5	29.1	1.5
Leucemia linfoide	46.7	37.7	1.2	26.3	15.1	1.7
Leucemia mieloide aguda	8.0	7.1	1.1	11.6	8.5	1.4
Cerebro y sistema nervioso central	27.6	36.3	0.8	18.5	24.2	0.8
Linfoma	16.5	16.3	1.0	43.1	54.4	0.8
Linfoma no-Hodgkin (excepto linfoma de Burkitt)	6.4	6.4	1.0	14.4	14.5	1.0
Linfoma de Hodgkin	6.1	5.7	1.1	25.8	36.8	0.7
Linfoma de Burkitt	2.0	3.1	0.7	2.0	2.5	0.8
Sarcomas de tejido blando	11.1	10.5	1.1	14.5	15.9	0.9
Tumores de hueso	7.5	6.8	1.1	15.8	15.9	1.0
Osteosarcoma	4.8	3.3	1.5	9.9	8.5	1.2
De células germinales	6.7	5.3	1.3	35.7	27.9	1.3
Tumor maligno de células germinales gonadales	3.5	2.0	1.7	27.9	22.9	1.2
Tumor de células germinales intracraneales e intraespinales	1.7	1.4	1.2	2.0	2.4	0.9
Neuroblastoma	7.1	12.7	0.6	‡	0.8	–
Tumores renales	6.3	8.7	0.7	‡	1.6	–
Retinoblastoma	4.6	3.2	1.4	‡	‡	–
Tumores hepáticos	2.7	2.4	1.1	1.4	1.1	1.2

* Las tasas son por 100,000 habitantes y se ajustan por edades a la población estándar de EE.UU. del año 2000. † Las relaciones proporcionales se calculan dividiendo la tasa de incidencia de los hispanos entre la tasa de incidencia de los blancos no hispanos. ‡ Datos suprimidos debido a que hubo menos de 16 casos durante 2002-2006.

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

Fuente de los datos: Asociación Norteamericana de Registros Centrales sobre la Incidencia Combinada del Cáncer 2002-2006, 2009.

©2009, American Cancer Society, Surveillance and Health Policy Research

cánceres variaron muy poco entre las niñas y los niños hispanos. Sin embargo, las tasas de incidencia de melanoma aumentaron 7.5% por año de 1992 a 2004 entre los niños y los adolescentes hispanos⁶⁰.

Detección en una etapa inicial: Los cánceres infantiles son difíciles de identificar. Los padres deben asegurarse de que sus hijos se sometían con regularidad a reconocimientos médicos y prestar atención a aquellos síntomas o señales poco comunes que persistan. Entre dichos síntomas cabe citar los siguientes: masas o inflamaciones inusuales; palidez y pérdida de energía inexplicables; tendencia súbita a los hematomas; cojera o dolor localizado persistente; fiebre o enfermedad prolongada e inexplicable; dolores de cabeza frecuentes, acompañados a menudo de vómitos; cambios repentinos en los ojos o en la vista; y pérdida de peso rápida y excesiva.

Supervivencia: En los últimos 30 años ha ocurrido una mejora significativa en las tasas de supervivencia relativa de 5 años en muchas formas de cánceres

infantiles, incluidos el linfoma no Hodgkin, la leucemia linfocítica aguda, la leucemia mieloide aguda y el tumor de Wilms. La tasa de supervivencia relativa de 5 años del conjunto combinado de todos los cánceres entre niños de todas las razas y etnias aumentó del 58% de los casos diagnosticados entre 1975 y 1977 al 81% de aquellos diagnosticados de 1999 a 2005³². Esta mejora substancial en las tasas de supervivencia de cáncer pediátrico se debe a los importantes avances en el tratamiento y a la alta proporción de pacientes que participan en estudios clínicos. No obstante, los niños hispanos tienen una menor tasa de supervivencia que los niños blancos en referencia a muchos cánceres infantiles comunes, lo cual puede deberse a un menor acceso a tratamiento. Por ejemplo, las tasas de supervivencia relativa a los cinco años de los pacientes diagnosticados entre 1995 y 1999 fueron de 74% entre los niños/adolescentes hispanos y 81% entre los blancos no hispanos⁶¹. El tratamiento del cáncer infantil depende del tipo y de la etapa de la enfermedad, e involucra a un

equipo que incluye oncólogos pediátricos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos y otros que asisten a los niños y a su familia.

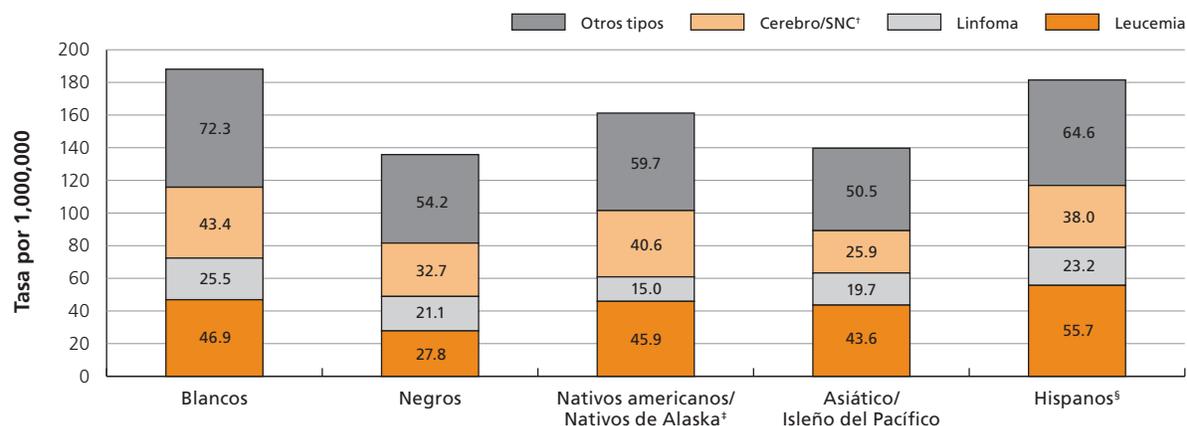
Cánceres específicos

Leucemia: La leucemia es una enfermedad caracterizada por la presencia en la sangre y en la médula ósea de un número excesivo de glóbulos blancos que no se han desarrollado completamente. Es el cáncer más común en niños y en jóvenes, y representa un tercio de la totalidad de los cánceres de la infancia. Son dos los principales tipos de leucemia infantil: la leucemia linfocítica aguda (acute lymphocytic leukemia, ALL) y la leucemia mieloide aguda (acute myeloid leukemia, AML); la ALL representa aproximadamente un 80% de las leucemias pediátricas entre los hispanos⁶¹. La incidencia de ALL es mayor entre los niños de dos a tres años de edad, y tiene una tasa de supervivencia relativa de cinco años de 77% en los pacientes hispanos⁶¹. La incidencia de ALL y de AML es mayor entre los niños/adolescentes hispanos que en los blancos no hispanos⁶⁰. Aunque parece que las anomalías genéticas son responsables de cierta proporción de la leucemia infantil, pocos factores de riesgo están bien establecidos, excepto la exposición a la radiación⁶².

Cáncer cerebral y otros cánceres del sistema nervioso central: El cáncer cerebral y otros cánceres del sistema nervioso central (SNC) son responsables de aproximadamente un 15% de la totalidad de los tumores infantiles malignos en los EE.U.⁶⁰. Los niños y adolescentes hispanos tienen una tasa aproximadamente 25% menor de tumores del SNC que sus homólogos no hispanos⁶⁰. La diferencia estriba, en su mayor parte, en la tasa de incidencia de astrocitoma en niños hispanos, que es aproximadamente un 30% menor que la de los blancos no hispanos⁶⁰. Esta diferencia también podría reflejar disparidades en el acceso y la utilización de técnicas de diagnóstico avanzadas.

Linfoma: El riesgo de desarrollar linfoma aumenta con la edad. Entre los niños de 14 años y menos, la tasa de incidencia es la misma en los hispanos y en los blancos no hispanos; sin embargo, entre los adolescentes (de 15 a 19 años), la tasa de incidencia de los hispanos es aproximadamente 30% menor que en los blancos no hispanos^{22, 63}. Entre las subpoblaciones hispanas, un estudio indicó que las tasas de incidencia del linfoma entre niños menores de 15 años de edad son un 50% más altas en Florida (primordialmente hispanos de origen cubano y centroamericano) que en California (primordialmente hispanos de origen mexicano)⁶⁴.

Figura 8. Comparación de las tasas de incidencia de los cánceres infantiles comunes* por raza/grupo étnico, de 0 a 19 años de edad, 2002-2006



Fuente: Adapted from Horner, et al.³² **Fuente de los datos:** Asociación Norteamericana de Registros Centrales sobre la Incidencia Combinada del Cáncer 2002-2006, 2009.

Las tasas son por 1,000,000 y se ajustaron por edades a la población estándar de EE.UU. en 2000 para tres grupos de la Clasificación Internacional de Cáncer Infantil: I - leucemia, II - linfoma, y III - cerebro/sistema nervioso central (SNC).

[†] La tasa incluye tumores cerebrales benignos y síndromes mielodisplásicos, y se basa sólo en casos diagnosticados entre 2004 y 2006.

[‡] Las tasas de incidencia de los nativos americanos y los nativos de Alaska se basan en los condados con áreas de suministro de servicios de salud por contrato (Contract Health Service Delivery Area, CHSDA).

[§] Las personas de origen hispano pueden ser de cualquier raza.

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

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

Características socioeconómicas

Los hispanos que residen en los Estados Unidos tienen niveles educativos más bajos que las personas blancas no hispanas, y sus probabilidades de vivir en la pobreza son mayores. Entre 2005 y 2007, el 40% de los hispanos no tenía diploma de la escuela preparatoria, comparado con un 11% en el caso de los blancos no hispanos (tabla 6)⁶⁵. Alrededor del 22% de los hispanos que residen en EE.UU. vive en la pobreza, comparado con un 9% de los blancos no hispanos. También existen diferencias socioeconómicas importantes entre la población hispana en los Estados Unidos. Por ejemplo, los cubanos tienen aproximadamente 40% más probabilidades que los mexicanos de tener al menos educación preparatoria (tabla 6).

Acceso a la atención médica

Muchos hispanos afrontan barreras económicas, estructurales y personales a la hora de recibir atención médica. Entre las barreras económicas cabe citar seguros médicos inadecuados e ingresos personales bajos. Entre las barreras estructurales se destacan un deficiente acceso geográfico a los proveedores médicos y la falta de transporte para desplazarse a las citas médicas. Las barreras personales hacia la atención médica incluyen los factores culturales y lingüísticos^{66, 67}. Los hispanos

tienen mucho más probabilidades que los blancos de trabajar en agricultura, construcción, servicios domésticos y relacionados con los alimentos y otros empleos de salarios bajos, que tienen menos probabilidades de ofrecer beneficios de seguro médico por parte del empleador⁶⁸. Si hay cobertura médica disponible, es posible que no sea económica. Los hispanos tienen menos probabilidades de tener seguro médico que cualquier otro grupo racial o étnico²⁷. La proporción de mujeres hispanas menores de 65 años de edad que no tiene una fuente estable de atención médica es casi el doble que la de mujeres blancas no hispanas (tabla 6).

Valores y creencias culturales

La competencia cultural es un elemento importante a la hora de proporcionar servicios médicos y preventivos a poblaciones diversas. La competencia cultural es un conjunto de actitudes, destrezas, comportamientos y normas que permiten que las organizaciones y el personal trabajen eficazmente en situaciones interculturales. Refleja la habilidad para adquirir y usar el conocimiento de creencias, actitudes, prácticas y patrones de comunicación relacionados con la salud de los pacientes y de su familia con el fin de mejorar los servicios, fortalecer los programas, aumentar la participación de la comunidad y eliminar las diferencias en el estado de salud existentes en los diversos grupos de población. La competencia cultural también incluye conocimientos sobre las poblaciones, como las creencias relacionadas con la salud y los valores culturales, la prevalencia de la enfermedad y la eficacia de los tratamientos⁶⁹. La competencia cultural comienza con una evaluación honesta de nuestras suposiciones positivas y negativas sobre otros. Es importante tratar de no describir a un grupo cultural como un todo, y no reforzar estereotipos, porque en cada población existe la diversidad. Además, las poblaciones de inmigrantes cambian con el tiempo a través de la aculturación y la asimilación. Mediante la colaboración, los pacientes y los médicos adquieren poder para colaborar hacia la eliminación de las disparidades raciales y étnicas en la atención médica.

A la vez que se reconoce que existen muchas similitudes entre las personas de la misma cultura, es importante recordar que cada persona tiene una historia personal,

sistema de creencias, estilo de comunicación y estado de salud únicos. Lo que puede ser verdad para algunas o la mayoría de las personas de una región o país en particular, puede no ser cierto para todas las personas de esa región o país. Además, es importante darse cuenta que las personas hispanas provienen de uno de más de 40 países, y que pueden hablar otro idioma que no sea el español, como portugués, francés, jamaicano y holandés.

En la comunidad hispana existe la práctica de la medicina tradicional brindada por *curanderas*, *espiritistas*, o sanadores. En los barrios urbanizados, esta tradición se ha mantenido viva en parte por los farmacéuticos hispanos, conocedores de los tratamientos tradicionales como el *té de manzanilla* y de las medicinas modernas de venta con receta como los antibióticos. Muchos hispanos usan la medicina tradicional en combinación con otras estrategias.

Los valores tradicionales dentro de la cultura hispana enfatizan la importancia de la familia, el respeto, el personalismo, la confianza y el espíritu⁷⁰.

La familia: La participación de la familia con frecuencia es crítica en la atención médica del paciente. La red familiar hispana, en la que pueden incluirse amigos cercanos además de familiares directos e indirectos,

desempeña un importante papel en las decisiones referentes a la atención médica. La interdependencia y cooperación son más importantes que la autonomía. Por ejemplo, con frecuencia los familiares acompañan al paciente hispano a las visitas médicas⁷⁰. La inclusión de los familiares en la consulta muchas veces es de importancia crítica para el cuidado del paciente, y puede contribuir en su habilidad para seguir el tratamiento recomendado. Los proveedores pueden demostrar sensibilidad a la naturaleza colectiva de estas interacciones ampliando el tiempo de duración de la cita y facilitando la participación de la familia.

Respeto: En la cultura hispana, la confianza y el respeto mutuos son elementos necesarios para mantener una relación satisfactoria entre el paciente y el proveedor. El respeto implica una deferencia mutua y recíproca. Hacer preguntas directas sobre temas sensibles como el alcoholismo podría percibirse como falta de respeto. Los proveedores médicos reciben un nivel alto de respeto como figuras de autoridad por sus habilidades de curación, educación y capacitación. Como regla general, los pacientes hispanos tienden a escuchar lo que el proveedor médico dice y valoran sus instrucciones y servicios. Por respeto, muchos pacientes hispanos tienden a evitar desacuerdos con su proveedor médico o expresar dudas sobre su tratamiento, y hasta pueden

Tabla 6. Características socioeconómicas y de acceso a la atención médica (%) por origen hispano

	Hispanos					Blancos no hispanos
	Todos los hispanos	Mexicanos	Puerto-riqueños	Cubanos	Centro o sudamericanos	
Características socioeconómicas*						
Nacidos en el extranjero	39.9	40.1	1.2	61.0	68.9	3.9
Ingresos por debajo del nivel de pobreza	21.6	23.0	25.0	14.8	15.5	9.2
Sin grado de la preparatoria (edad > 25 años)	40.0	46.4	28.5	25.6	34.2	11.1
Otro idioma que no es inglés en casa	78.1	78.7	68.7	84.4	90.0	5.9
Características de atención médica†						
Sin cobertura médica						
Menores de 65 años de edad	32.6	36.2	13.1	19.6	37.5	12.7
Mayores de 65 años de edad	4.6	4.7	0.4	1.9	10.3	0.4
No tienen una fuente de atención médica regular (de 18 a 64 años de edad)						
Hombres	36.0	40.8	19.9	29.9	32.9	19.7
Mujeres	21.1	23.9	4.2	22.9 [‡]	25.5	11.0

* Fuente: American Community Survey, 2005-2007. Accedido vía DataFerrett, 7 de mayo de 2009.

† Fuente: Encuesta Nacional de Entrevistas sobre Salud, 2007, Centro Nacional de Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades; Los cálculos se ajustaron con respecto a la edad con la población estándar de EE.UU. en 2000. ‡ El cálculo se considera poco confiable debido al tamaño de la muestra.

mostrarse renuentes a hacer preguntas o admitir confusión sobre las instrucciones o el tratamiento médico. Asociado a esto es un tabú cultural contra la expresión directa de sentimientos negativos. Este tabú puede manifestarse cuando el paciente oculta información, no sigue el tratamiento o las instrucciones o discontinúa la atención médica. Los pacientes hispanos pueden demostrar respeto evitando el contacto visual con los proveedores de atención médica, pero esperan que el proveedor les mire directamente aún cuando hablen a través de un intérprete⁷⁰. El respeto cultural promueve la confianza, lo cual aumenta las probabilidades de que el paciente adquiera confianza y cumpla las instrucciones⁷¹.

Personalismo: La cultura hispana valora más las relaciones personales que las institucionales. La lealtad hispana al proveedor individual tiene implicaciones importantes para la continuidad de la atención médica. Con frecuencia los pacientes hispanos prefieren proveedores afectuosos, cordiales y atentos, que se interesan por la vida personal del paciente. Si un proveedor de confianza se marcha del área, sus pacientes hispanos pueden suspender el tratamiento, a menos que el proveedor inicie una relación entre los pacientes y el proveedor nuevo^{70,71}.

Confianza: Con el tiempo, el proveedor podrá establecer una relación de confianza si respeta y muestra interés en la cultura del paciente. En el sistema actual de atención médica podría resultar difícil establecer una relación de confianza ya que las relaciones duraderas entre paciente y médico son relativamente infrecuentes y los profesionales médicos tienen límites en cuanto al tiempo que pueden pasar con cada paciente. Sin embargo, la confianza del paciente en el proveedor es vital para identificar y tratar problemas de salud y alentar al paciente a que cumpla con el tratamiento recomendado.

Espíritu: Los profesionales médicos con frecuencia trabajan dentro de la estructura de la medicina

Principios para el suministro de servicios médicos culturalmente competentes a las familias y las comunidades hispanas/latinas –

- Involucrar a los miembros de la familia.
- Mostrar respeto: ser siempre respetuoso y explicar sin ser condescendiente.
- Establecer una relación personal: los hispanos prefieren estar más cerca entre sí especialmente que los blancos no hispanos.
- Preguntar sobre su vida cotidiana (familia, amigos y trabajo) y compartir con ellos historias y fotografías.
- Alentarlos para que hagan preguntas.
- Tomar en serio la responsabilidad y el respeto que se da al proveedor.
- Ayudar a la comunidad: las organizaciones basadas en la comunidad dentro de los vecindarios, barrios, *colonias* hispanos y otros enclaves étnicos proporcionan un punto de entrada y una oportunidad importantes para ampliar cualquier esfuerzo de extensión comunitaria en el que pueda estar participando.
- Respetar los métodos tradicionales de curación: los pacientes hispanos pueden combinar el respeto por los beneficios de la medicina convencional, las tradiciones y la curación tradicional con un fuerte componente religioso.

convencional, que proporciona la atención médica, física y mental, por separado. Por otro lado, la cultura hispana tiende a ver la salud desde un punto de vista más sinérgico. Este punto de vista se expresa como un espectro continuo de cuerpo, mente y espíritu.

La competencia cultural se puede mejorar a través de la educación de los proveedores de atención médica. Además, los trabajadores de salud de la comunidad (promotores) pueden ayudar a los pacientes hispanos a obtener atención médica y otros servicios, facilitando la comunicación entre proveedores y pacientes y promoviendo programas de prevención y de detección temprana dentro de las comunidades hispanas.

Factores de riesgo del cáncer

El tabaco y la obesidad son dos de los más importantes factores de riesgo del cáncer relacionados con la conducta. Estos factores incrementan también el riesgo de padecer y morir de otros trastornos como la diabetes, accidentes cerebrovasculares y las enfermedades cardiovasculares^{24, 72}. El consumo de alcohol es otro factor de riesgo importante en algunos cánceres, así como en las enfermedades hepáticas. Los expertos consideran que si se aplicara satisfactoriamente lo que sabemos en la actualidad acerca de la prevención del cáncer, podrían prevenirse al menos la mitad de las muertes debidas a esta enfermedad^{24, 72}. En esta sección

se proporciona información sobre los factores de riesgo relacionados con el comportamiento entre los hispanos.

El tabaco y los adultos

El tabaco es una de las principales causas del cáncer en los EE.UU., y es responsable de aproximadamente un 30% de la mortalidad total debida al cáncer. La mayoría de los cánceres de pulmón, así como una gran parte de los cánceres de labio, cavidad oral, faringe, laringe, esófago, páncreas, cuello uterino, vejiga urinaria y riñón, son atribuibles al consumo de cigarrillos⁷³.

Tabla 7. Consumo de cigarrillos (%) y alcohol (%) en adultos de 18 años y más, EE.UU., 2007

Consumo actual de tabaco	Hispanos			Blancos no hispanos		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Educación*						
0-12 años (sin diploma)	16.6	7.7	12.5	42.5	42.3	42.5
Diploma GED†	–	–	18.1	55.0	43.2	48.8
Diploma de la preparatoria	20.7	8.0	14.2	30.2	26.9	28.5
Estudios universitarios (sin finalizar)	20.1	13.7	17.1	23.2	22.3	22.7
Grado de asociado	19.4	13.5	16.5	21.0	19.0	19.9
Licenciatura o superior	13.6	4.2	9.0	10.4	8.5	9.4
Nivel de pobreza‡						
Pobre	20.3	10.8	15.2	38.3	37.8	37.9
Cercano a la pobreza	16.4	8.6	12.6	33.6	32.6	33.0
No pobre	17.7	6.8	12.8	22.0	17.3	19.7
No se sabe	14.2	8.9	11.3	20.0	19.6	19.9
Seguro médico						
No	21.0	10.3	15.5	43.9	38.6	41.5
Sí	15.1	7.2	11.1	20.5	18.5	19.5
Estado migratorio						
Nacido en EE.UU.	21.0	12.3	16.8	23.7	21.1	22.4
Ha vivido de 1 a 9 años en EE.UU.	22.2	4.9	12.7	19.2	18.4	19.4
Ha vivido más de 10 años en EE.UU.	14.5	6.0	10.4	21.6	14.2	17.9
Consumo general de tabaco	17.4	8.4	12.9	23.6	20.8	22.2
Consumo de alcohol						
Tomó cinco o más bebidas en un día en al menos un día durante el año pasado	27.2	5.8	16.9	32.5	16.7	24.4
Nivel de consumo de alcohol§						
En la actualidad bebe mucho	3.7	1.6	2.6	7.0	5.4	6.2
En la actualidad bebe moderadamente	18.2	2.3	10.4	23.9	9.3	16.4
En la actualidad bebe ligeramente	32.2	17.6	25.0	31.0	32.8	31.8

– El tamaño de la muestra es demasiado pequeño para obtener un cálculo confiable.

* Entre adultos de 25 años de edad y más. † General Education Development (Desarrollo Educativo General). ‡ Las personas pobres son aquellas que están por debajo del umbral de pobreza. Una persona cercana a la pobreza es aquella cuyos ingresos son entre un 100 a un 200% inferiores al umbral de pobreza. Una persona no pobre es aquella cuyos ingresos son un 200% o más al umbral de pobreza. § Bebedores habituales: más de 14 tragos a la semana en el caso de los hombres y más de siete tragos a la semana para las mujeres; bebedores moderados: más de tres y hasta 14 tragos a la semana para los hombres, y más de tres tragos y hasta siete tragos a la semana para las mujeres; bebedores ligeros: un promedio de tres bebidas o menos a la semana.

Fuente: Encuesta Nacional de Entrevistas sobre Salud, 2007, Centro Nacional de Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades; los cálculos se ajustaron por edades con la población estándar de EE.UU. en 2000.

El porcentaje de adultos hispanos que fuma es menor (12.9%) que el de los adultos blancos no hispanos que fuma (22.2%). Las tasas de fumadoras entre las mujeres hispanas son aproximadamente un 50% de las de las mujeres blancas no hispanas, mientras que las tasas de tabaquismo entre los hombres hispanos es aproximadamente tres cuartas partes de la de los hombres blancos no hispanos (tabla 7). La tasa de fumadores entre los adultos hispanos nacidos en EE.UU. (16.8%) es mucho más alta que la de los nacidos en otros países (10.4)⁷⁴. Entre los principales subgrupos hispanos, los puertorriqueños tienen más probabilidades de fumar (23% de los hombres y 15% de las mujeres) que los mexicanos (17% de los hombres y 9% de las mujeres) y los cubanos (11.3% de los hombres y 13.7% de las mujeres)⁷⁵. Entre los fumadores en general, los hispanos tienen más probabilidades que los blancos no hispanos de ser fumadores de bajo nivel (consumen cinco o menos cigarrillos al día)⁷⁶.

El abandono del hábito de fumar proporciona enormes beneficios económicos y de salud, que son mayores para aquellos que lo hacen cuando son más jóvenes. Como ocurre con todos los fumadores, si los fumadores hispanos dejan de fumar, pueden reducir el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón, así como de otras enfermedades relacionadas con el tabaco. Para muchos fumadores puede ser difícil dejar de fumar debido a las propiedades adictivas de la nicotina del tabaco. Sin embargo, el abandono del hábito de fumar puede tener más éxito con asistencia y apoyo de proveedores médicos. El consejo de un proveedor médico respecto al abandono del tabaco es importante para alentar a los fumadores a dejar de fumar, y varios tratamientos

pueden ayudarles, como medicamentos (productos de sustitución de nicotina solos o en combinación con medicamentos antidepresivos), asesoramiento y terapias de la conducta^{24, 77}. Sin embargo, las bajas tasas de pacientes asegurados y la falta de acceso a la atención médica pueden reducir las probabilidades de que los proveedores médicos aconsejen a los fumadores hispanos que dejen de fumar o de que tengan acceso a tratamientos para dejar de fumar. Los estudios han mostrado que los hispanos tienen menos probabilidades de que un proveedor médico les aconseje que dejen de fumar o de usar una terapia de sustitución de nicotina cuando tratan de dejar de fumar, en comparación con los blancos no hispanos^{78, 79}.

Al igual que la mayoría de los fumadores, la motivación de abandonar el hábito de los fumadores hispanos está parcialmente influenciada por la preocupación de la salud de la familia, el deseo de poner buen ejemplo a los hijos, o porque recibieron el consejo y apoyo de un proveedor médico⁸⁰⁻⁸². Los programas para dejar de fumar pueden ser más eficaces si incluyen la intervención de consejeros de salud no profesionales (*promotores*). Estos consejeros, que están capacitados para atender las necesidades médicas y de salud específicas de los miembros de la comunidad, ayudan a los fumadores hispanos marginados a tener acceso a servicios para dejar de fumar⁸³. Los fumadores también pueden mejorar su probabilidad de abandonar el hábito accediendo a los servicios gratuitos de asesoría telefónica para dejar de fumar disponibles en muchos estados, como Quitline[®] de la Sociedad Americana del Cáncer al teléfono 1-800-227-2345 o 1-800-QUIT-NOW²⁴.

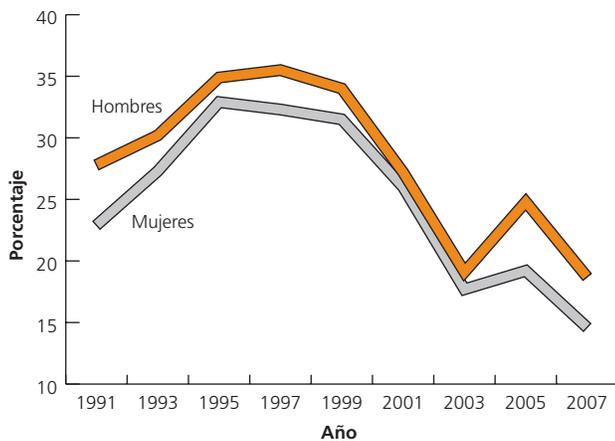
Tabla 8. Uso actual del tabaco (%) y consumo de alcohol (%) entre los estudiantes de preparatoria, EE.UU., 2007

	Hispanos			Blancos no hispanos		
	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres
Uso de tabaco						
Uso de cualquier tipo de tabaco*	20.1	16.4	23.9	29.9	24.3	35.3
Consumo de cigarrillos [†]	16.7	14.6	18.7	23.2	22.5	23.8
Alcohol						
Uso actual de alcohol [‡]	47.6	47.5	47.7	47.3	47.1	47.4
Bebida excesiva episódica [§]	26.8	25.3	28.3	29.8	27.9	31.8

* Fumó cigarrillos, puros o puros pequeños, o usó tabaco de mascar, rapé, o tabaco chupado en uno o más días del periodo de 30 días anterior a la encuesta. [†] Cigarrillos fumados en uno o más de los 30 días anteriores a la encuesta. [‡] Una o más bebidas en uno o más de los 30 días anteriores a la encuesta. [§] Cinco o más tragos consecutivos en el lapso de un par de horas en un día o más del periodo de 30 días antes de la encuesta.

Fuente: Sistema de Vigilancia de los Factores de Riesgo de los Jóvenes, 2007, Centro Nacional para la Promoción de la Salud y la Prevención de Enfermedades Crónicas y Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2008;57(SS-4).

Figura 9. Tendencias en el uso de cigarrillos* entre los estudiantes hispanos de la escuela preparatoria, 1991-2007



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

Fuente: Sistema de Vigilancia de los Factores de Riesgo de los Jóvenes, 1991-2007, Centro Nacional para la Promoción de la Salud y la Prevención de Enfermedades Crónicas y Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades, 2008.

El tabaco y los jóvenes

En general, los jóvenes hispanos tienen menos probabilidades de fumar cigarrillos que los jóvenes blancos no hispanos (tabla 8). Entre 1991 y 2007, el porcentaje de estudiantes hispanos de la preparatoria que fumaban alcanzó su máximo, un 32.9% para las mujeres en 1995 y un 35.5% los hombres en 1997 (figura 9). Después de un periodo de reducción constante hasta 2003, las tendencias de la prevalencia del tabaquismo entre los hombres y las mujeres estuvieron relativamente estables entre 2003 y 2007; los cálculos actuales muestran que un 14.6% de mujeres y 18.7% de hombres fumaban cigarrillos en 2007. Durante este periodo de tiempo se observaron tendencias similares en otros grupos de la población⁸⁴. A diferencia de tasas de tabaquismo marcadamente menores entre las mujeres hispanas comparadas con los hombres, las tasas entre los adolescentes son casi tan altas entre las mujeres y los hombres (tabla 8). Existen muy pocos datos disponibles sobre el uso de cigarrillos entre los varios subgrupos de adolescentes hispanos. De acuerdo con un informe reciente, no hubo diferencia en el hábito de fumar entre los subgrupos de adolescentes hispanos, con excepción de los jóvenes cubanos del sexo masculino que tenían tasas algo mayores⁸⁵.

Control del tabaco

Aunque la tasa de fumadores es actualmente menor entre los hispanos que entre otros grupos de la población de EE.UU., se requieren esfuerzos globales de control del tabaco para reducir el uso de cigarrillos entre ciertos subgrupos, incluso las mujeres y los hombres hispanos con mayor aculturación en EE.UU.^{74, 86, 87}.

Son varias las iniciativas de las autoridades de salud pública que han demostrado su eficacia en la reducción del consumo de tabaco; entre otras, cabe destacar la legislación para asegurar espacios libres de humo, los altos impuestos al tabaco y las campañas contra el tabaco^{24, 73, 88}. El aumento de los impuestos al tabaco es una estrategia eficaz para controlar su uso entre los hispanos ya que, de acuerdo con varios estudios, esta población es más sensible al aumento de los impuestos en comparación con otros grupos⁸⁹. Además, las estrategias de desprestigio del tabaco pueden ser eficaces para neutralizar las estrategias publicitarias y promocionales de la industria del tabaco dirigidas a los grupos hispanos⁹⁰⁻⁹². También es importante financiar programas de control del tabaco a los niveles recomendados por los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC)⁹³. En 2009, la asignación de los fondos para controlar el tabaco en siete estados con casi un 80% de población hispana en Estados Unidos (Arizona, California, Florida, Illinois, Nueva Jersey, Nueva York y Texas) fue menor del 50% de los niveles recomendados por los CDC⁹⁴.

El consumo de alcohol en los adultos

El consumo excesivo de alcohol es una causa importante de cirrosis y cáncer de hígado. El consumo de alcohol también incrementa el riesgo de los cánceres de la cavidad bucal y faringe, esófago, laringe, colorrectal y de seno (en mujeres)⁹⁵⁻⁹⁷. Las normas dietéticas de la Sociedad Americana del Cáncer para la prevención y reducción del riesgo del cáncer indican que los hombres deben limitar el consumo de alcohol a un máximo de dos bebidas al día y las mujeres a una. El consumo de alcohol entre los hispanos es especialmente preocupante ya que sus tasas de cáncer de hígado son más altas que las de otras poblaciones.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Entrevistas sobre Salud de 2007, los hispanos tienden a consumir menos alcohol que los blancos no hispanos. Alrededor

del 1.6% de las mujeres hispanas y del 3.7% de los hombres hispanos reportaron beber excesivamente alcohol, comparado con el 5.4% de las mujeres blancas no hispanas y el 7% de los hombres blancos no hispanos (tabla 7). Entre los bebedores de alcohol actuales, la prevalencia de consumo excesivo de alcohol (cinco o más bebidas en un día en al menos un día del año pasado) entre las mujeres y los hombres hispanos fue menor que la de los blancos no hispanos. Entre las mujeres, las hispanas tienen menos probabilidades de consumir alcohol que las blancas no hispanas (tabla 7). El menor consumo de alcohol de las mujeres hispanas podría explicarse por las costumbres y actitudes sociales propias de la cultura hispana y los factores socioeconómicos^{98,99}. Es importante que las iniciativas de promoción de la salud y prevención del cáncer entre los hispanos adultos fomenten el bajo consumo de alcohol¹⁰⁰.

El consumo de alcohol en los jóvenes

En 2007 se observó un ligero descenso en la tasa de consumo de alcohol de los estudiantes hispanos de preparatoria en comparación con la de los blancos no hispanos. Sin embargo, las tasas de consumo de alcohol entre los estudiantes hispanos siguen siendo bastante altas. Un total del 48% de las muchachas y los muchachos hispanos indicaron haber consumido alcohol al menos un día de los 30 días previos a la encuesta; un 25% de las muchachas hispanas y un 28% de los muchachos hispanos indicaron haber consumido cinco o más bebidas en una misma ocasión (tabla 8). El consumo de alcohol más alto de las adolescentes hispanas, equivalente al de los adolescentes hispanos, contrasta marcadamente con las tasas mucho menores de consumo de alcohol entre las mujeres hispanas comparadas con la de los hombres hispanos. Las estrategias de prevención para la reducción del consumo de alcohol entre los jóvenes hispanos deben resaltar la importancia de la intervención de la familia y de hacer saber a los padres el papel importante que pueden desempeñar al forjar el desarrollo y la conducta de sus hijos^{101, 102}.

El sobrepeso y la obesidad en los adultos

La obesidad está relacionada con un aumento en el riesgo de padecer varios cánceres, como el de seno, próstata, colon y útero¹⁰³. La obesidad también aumenta el riesgo de sufrir diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas y de fallecer prematuramente. Se consideran

Definiciones de peso excesivo y obesidad, según la estatura y el peso corporal

Definición de índice de masa corporal

Se utilizan diferentes medidas para determinar si una persona tiene sobrepeso o es obesa, teniendo en cuenta su estatura. Una escala común es el índice de masa corporal (BMI), o la proporción entre el peso (en kilogramos) y la estatura (en metros al cuadrado). Para los adultos de 20 años en adelante, el peso excesivo se define como un BMI de 25.0 a 29.9 kg/m²; la obesidad se define como un BMI de 30 kg/m² o más. Aunque el BMI podría sobreestimar el nivel de grasa corporal en atletas y otras personas de complexión musculosa, o subestimar el nivel de grasa corporal en personas de edad avanzada que han perdido masa muscular, por lo general es un indicador fiable del nivel total de grasa corporal.

En esta tabla se indica el BMI en libras y pulgadas en lugar de kilogramos y metros. Por ejemplo, se considera que una mujer de 5'4" tiene peso excesivo si pesa entre 145 y 173 libras. Es obesa si pesa 174 libras o más. Un hombre de 5'10" se considera que tiene sobrepeso si pesa entre 174 y 206 libras, y es obeso si pesa 207 libras o más.

Estatura (en pies y pulgadas)	Peso corporal (en libras)	
	Sobrepeso*	Obeso†
6'4"	205	246
6'3"	200	240
6'2"	194	233
6'1"	189	227
6'0"	184	221
5'11"	179	215
5'10"	174	209
5'9"	169	203
5'8"	164	197
5'7"	159	191
5'6"	155	186
5'5"	150	180
5'4"	145	174
5'3"	141	169
5'2"	136	164
5'1"	132	158
5'0"	128	153
4'11"	124	148
4'10"	119	143

* El sobrepeso se define como un índice de masa corporal de 25 a 29.9 kg/m².

† La obesidad se define como un índice de masa corporal de 30 kg/m² o más.

obesas aquellas personas adultas cuyo índice de masa corporal (BMI) es de 30 o superior. Un BMI de 25 o superior se considera un peso excesivo en personas adultas (véase la nota del recuadro).

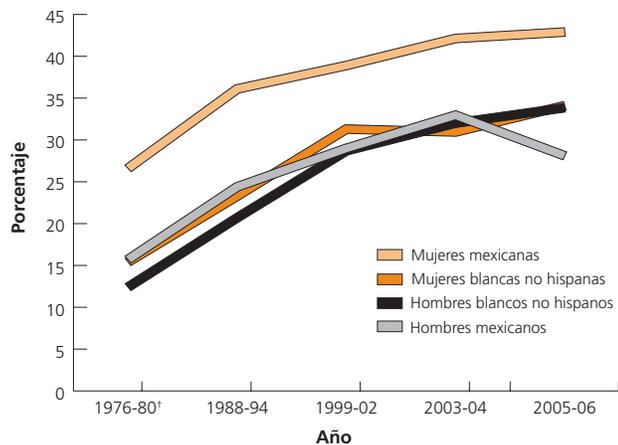
A principios de la década de los noventa, el 20.6% de los adultos estadounidenses era obeso; en el período 2005-2006, esta cifra había aumentado a 34%^{104, 105}. La prevalencia de la obesidad ha aumentado entre todos los grupos raciales/étnicos. El incremento súbito de la tasa de obesidad en EE.UU. se vincula a cambios en el entorno social, incluida la disponibilidad y promoción de alimentos altos en calorías y bajos en valor nutritivo, y a las menores oportunidades de participar en actividades físicas en el trabajo, en los desplazamientos al trabajo, en la escuela o durante el tiempo de ocio^{106, 107}. Estos cambios han provocado un aumento en el consumo calórico y un descenso en el gasto energético de la población^{106, 108}.

Las tasas de obesidad son más altas entre los hispanos que entre los blancos no hispanos^{104, 105} (figura 10). La Encuesta Nacional de Evaluación de Salud y Nutrición (NHANES) es la fuente de información más precisa acerca de las tendencias de la obesidad en los EE.UU., ya que se mide y se pesa a los participantes en lugar de depender de los datos aportados por ellos. La encuesta NHANES proporciona datos de hispanos de ascendencia mexicana, pero no de ningún otro subgrupo hispano. Cuando se llevó a cabo inicialmente la encuesta en el período 1976-1980, el 26.6% de las mujeres

mexicoamericanas y el 15.7% de los hombres mexicanoamericanos eran obesos. En el período 2005-2006, el 42.9% de las mujeres mexicanas y el 28.1% de los hombres mexicanos eran obesos^{17, 104, 105}. En 2005-2006, la encuesta NHANES reveló que casi el 74% de los hombres y mujeres mexicanoamericanos padecían de peso excesivo, en comparación con el 58% de las mujeres blancas no hispanas y el 73% de los hombres blancos no hispanos¹⁰⁵.

Además de evitar el uso del tabaco, un estilo de vida sano como mantener un peso saludable y aumentar la actividad física, es la estrategia más importante para reducir el riesgo de cáncer y de muchas enfermedades crónicas. Debido al vínculo existente entre nutrición,

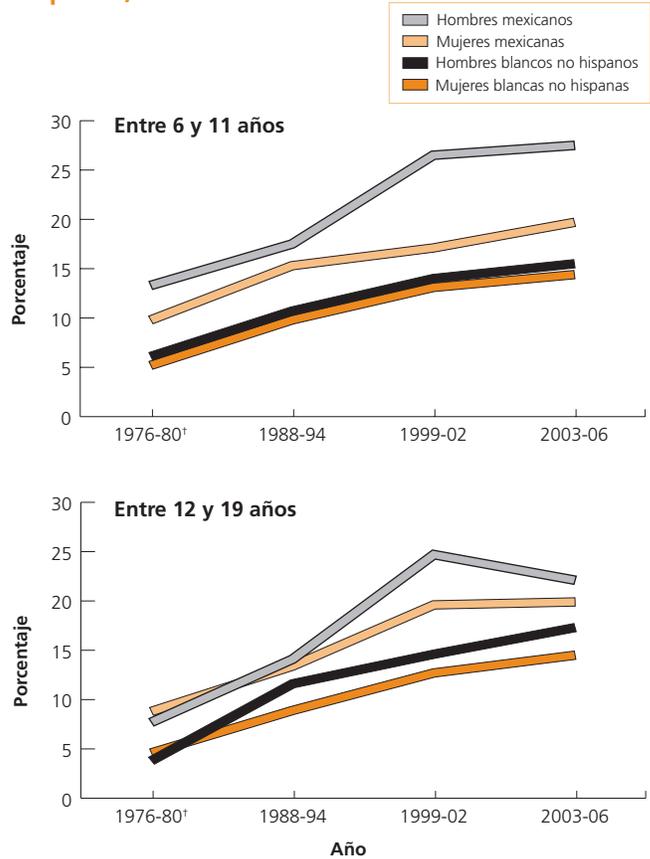
Figura 10. Tendencias de la obesidad* entre los mexicanoamericanos y los blancos no hispanos de 20 años en adelante, 1976-2006



* Índice de masa corporal de 30.0 kg/m² o más. Estos cálculos se ajustaron por edades a la población estándar de EE.UU. en 2000. † Los datos sobre los mexicanoamericanos en 1976-80 son de los años 1982-84.

Fuente: Centro Nacional de Estadísticas sobre Salud. 1976-2002: *Salud, Estados Unidos, 2008, 2009*. 1982-1984 (mexicanos adultos): Encuesta de Investigación sobre la Salud y la Nutrición de los Hispanos. 2003-2006: Archivos de datos de uso público sobre la Encuesta Nacional de Investigación sobre la Salud y la Nutrición. 2006, 2007.

Figura 11. Tendencias de la obesidad entre los niños mexicanoamericanos y los blancos no hispanos, 1976-2006



* BMI igual o mayor que los límites del 95.º percentil específicos del sexo y de la edad de las tablas de crecimiento de los CDC y el BMI por edad específicos del sexo, de 2000.

† Los datos sobre los mexicanoamericanos en 1976-80 son de los años 1982-84.

Fuente: Centro Nacional de Estadísticas sobre Salud. 1976-2002: *Salud, Estados Unidos, 2008, 2009*. 1982-1984 (niños mexicanos): Encuesta de Investigación sobre la Salud y la Nutrición de los Hispanos.

actividad física y cáncer, la Sociedad Americana del Cáncer publicó pautas acerca de la nutrición y la actividad física para la prevención del cáncer. En estas pautas, cuya actualización más reciente se realizó en 2006, se recomienda mantener un peso saludable durante toda la vida, adoptar un estilo de vida físicamente activo, consumir diferentes alimentos saludables, haciendo énfasis en los de origen vegetal y limitar el consumo de bebidas alcohólicas¹⁰⁷. Las recomendaciones del Departamento de Agricultura de EE.UU. sobre nutrición y actividad física para los estadounidenses son congruentes con las de la Sociedad y están disponibles en español. (Si desea más información, consulte *Nuevas Guías Alimentarias Ayudarán a los Estadounidenses Tomar Mejores Decisiones Alimenticias y Vivir Más Sanos* en hhs.gov/news/press/2005pres/20050112a.html).

El sobrepeso y la obesidad en los jóvenes

Los niños con sobrepeso frecuentemente se convierten en adultos con sobrepeso, incrementando el riesgo de sufrir una amplia variedad de trastornos médicos¹⁰⁹. Algunas de las consecuencias del sobrepeso y la obesidad pueden producirse en la adolescencia, tales como hipertensión, colesterol elevado y diabetes¹¹⁰. La obesidad en niños de todos los grupos étnicos y raciales se ha incrementado notablemente en los Estados Unidos desde 1980^{111, 112}.

El BMI que se considera saludable varía con la edad en niños y adolescentes. El sobrepeso se define como un BMI en el 95.º percentil o superior, según las tablas de crecimiento para sexos y edades específicos¹¹¹. Los datos de la NHANES indican que, entre finales de la década de los setenta y 2006, el porcentaje de niños estadounidenses de 6 a 11 años de edad que padecen sobrepeso se ha más que duplicado, mientras que el porcentaje de adolescentes obesos de 12 a 19 años de edad casi se ha triplicado (figura 11)^{104, 113}. El porcentaje de niños y adolescentes obesos ha sido constantemente más alto entre los mexicoamericanos en comparación con el de los blancos no hispanos. En los últimos años se ha estabilizado la prevalencia de la obesidad entre los niños mexicanos. Es necesario establecer estrategias para la prevención de la obesidad en la comunidad, la escuela y en el ámbito familiar para abordar esta epidemia infantil en los Estados Unidos^{108, 114, 115}.



Estrategias en la comunidad

Cada vez se reconoce más que los múltiples aspectos de los entornos sociales donde las personas residen, trabajan y juegan parecen estar relacionados con el sobrepeso y la obesidad^{107, 108, 116}. Aunque una alimentación saludable y la actividad física son cuestiones de preferencia individual, el entorno de la comida de la localidad (por ejemplo, restaurantes de comida rápida en comparación con supermercados) y las características intrínsecas del ambiente (esto es, accesibilidad de los parques, gimnasios y otros entornos recreativos) pueden tener influencia en las opciones y la capacidad de las personas para adoptar estilos de vida saludables^{106, 108, 116, 117}. Por lo tanto, las pautas de la Sociedad Americana del Cáncer sobre nutrición y actividades físicas incluyen recomendaciones para tomar acciones en el ámbito de la comunidad. Estas pautas sugieren la necesidad de que las organizaciones públicas, privadas y de la comunidad colaboren entre sí para facilitar y promover políticas que favorezcan el cambio en los entornos sociales y físicos a fin de permitir que las personas adopten y mantengan comportamientos saludables sobre la nutrición y la actividad física¹⁰⁷. Específicamente se necesitan acciones a nivel de la comunidad para: (1) aumentar el acceso a alimentos saludables en las escuelas, áreas de trabajo y comunidades; (2) proporcionar espacios seguros y placenteros en las escuelas para realizar actividades físicas; (3) proporcionar vías de transportación seguras y físicamente activas (como para andar en bicicleta y caminar) y actividades recreativas en las comunidades.

Ejemplos de estrategias para promover comportamientos saludables en las comunidades latinas

Las escuelas son el lugar lógico en donde implementar esfuerzos para reducir la obesidad infantil. En Texas, la iniciativa Estrategia Coordinada para la Salud Infantil (Coordinated Approach to Child Health, CATCH) de Paso del Norte Health Foundation ha colaborado con las escuelas primarias de las localidades para fomentar estilos de vida saludables desarrollando un plan de estudios estandarizado que promueve la salud. El ex comisionado del Departamento de Servicios de Salud del Estado en Texas reconoció el papel de CATCH en la reducción de la prevalencia de niños con sobrepeso en el condado de El Paso: en 2001-2002, un 27% de los estudiantes de cuarto grado tenían sobrepeso; para 2005-2006 la tasa había disminuido al 17%¹¹⁸.

En Albuquerque, Nuevo México, la asociación comunitaria conocida como Albuquerque Alliance for Active Living desarrolló un programa "autobús escolar andante", en el que los niños que viven a una distancia de una milla de su escuela primaria caminan junto con un adulto supervisor. Un equipo formado por un representante del Servicio Nacional de Parques, un enfermero escolar, un representante de la asociación de vecinos, y estudiantes de la Universidad de Nuevo México (UNM), desarrollaron una ruta estructurada que da a estos niños una manera segura y saludable de ir a la escuela y regresar a casa. La alianza también ha instituido un programa de reciclaje de bicicletas, ha creado una red de senderos para caminar, y un curso a nivel de licenciatura en salud pública y planificación comunitaria y regional en UNM¹¹⁹.

Pruebas de detección del cáncer

Realizadas de modo regular, las pruebas de detección pueden mejorar en gran medida las probabilidades de curar ciertos tipos de cáncer, descubriéndolo en su etapa inicial, cuando los tratamientos son lo más eficaces posible^{24, 120}. Las pruebas de detección pueden de hecho prevenir algunos cánceres (como el de cuello uterino y el colorrectal) al descubrir y extirpar pequeños tumores o cambios en los tejidos que es probable que se vuelvan cancerosos¹²⁰. En la página 28 figuran las recomendaciones de la Sociedad Americana del Cáncer sobre pruebas de detección temprana del cáncer.

Exámenes de detección de cáncer colorrectal

La Sociedad Americana del Cáncer recomienda que las pruebas de detección del cáncer colorrectal comiencen a los 50 años de edad en personas asintomáticas que tengan un riesgo medio. Las recomendaciones de la

Sociedad sugieren que las pruebas pueden efectuarse con cualquiera de cinco métodos diferentes (consulte la página 28)¹²⁰. Las probabilidades de que los hispanos mayores de 50 años se hayan sometido recientemente a una prueba de detección del cáncer colorrectal son menores que las de los blancos no hispanos: 31.9% frente a 49.5%, respectivamente (tabla 9). Existen diferencias entre los hispanos respecto al uso reciente de pruebas de cáncer colorrectal según el país de origen. Por ejemplo, es menos probable que los mexicanos y los latinos de América del Centro o América del Sur se hayan sometido recientemente a una prueba de detección del cáncer colorrectal en comparación con otros subgrupos hispanos. Asimismo, es menos probable que los hispanos y los blancos no hispanos sin seguro médico se hayan sometido recientemente a una prueba de detección del cáncer colorrectal que sus homólogos asegurados (tabla 9).

Tabla 9. Uso de pruebas de detección del cáncer (%), por origen hispano, EE.UU., 2005

	Hispanos		Subgrupos hispanos				Blancos no hispanos	
	Todos los hispanos	Sin seguro	Mexicanos	Puerto-riqueños	Cubanos	Centro o suda-americanos	Todos	Sin seguro
Cáncer colorrectal en adultos de 50 años en adelante*								
Total	31.9	14.7	28.2	44.8	32.2	25.8	49.5	19.0
Hombres	34.0	5.5	29.2	57.2	24.9	25.5	51.0	25.5
Mujeres	30.2	19.9	27.4	36.9	40.6	26.1	48.3	9.2
Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino entre mujeres de 18 años en adelante								
Prueba de Papanicolaou en los últimos tres meses	74.6	65.9	73.3	77.7	72.4	71.3	81.4	55.7
Exámenes de detección de cáncer de seno entre mujeres de 40 años en adelante								
Mamogramas en los últimos dos años	59.6	42.3	56.2	57.8	72.7	63.9	68.1	35.1
Mamogramas en el último año [†]	41.7	33.3	38.5	43.1	51.7	46.6	53.0	23.1
Cáncer de próstata en hombres de 50 años en adelante[‡]								
Prueba del antígeno prostático específico durante el año pasado	29.7	4.0	26.6	28.1	27.9	34.0	42.9	19.2

* Ya sea una prueba de sangre oculta en heces durante el año anterior, una sigmoidoscopia en los últimos cinco años o una colonoscopia en los últimos 10 años.

† La Sociedad Americana del Cáncer recomienda que las mujeres de 40 años en adelante se hagan mamogramas anuales.

‡ Entre aquellos que reportaron nunca haber sido diagnosticados con cáncer de próstata. Nota: Los cálculos de las pruebas de PSA no se pueden comparar con los cálculos de 2003 y antes debido a las diferencias entre las encuestas.

Fuente: Archivos de datos de uso público sobre la Encuesta Nacional de Investigación sobre la salud, Centro Nacional de Estadísticas sobre Salud, Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades; los cálculos están ajustados por edad a la población estándar de 2000.

Guías de las pruebas de detección temprana del cáncer en personas asintomáticas

Tipo	Recomendación
Seno	<ul style="list-style-type: none">• Se recomienda realizar mamogramas anuales a partir de los 40 años de edad. La edad de finalización de las pruebas de detección debe individualizarse teniendo en consideración los riesgos y beneficios potenciales de las pruebas de detección en el contexto del estado de salud general y de la longevidad.• El examen clínico de los senos debe formar parte de un examen médico periódico realizado aproximadamente cada tres años para las mujeres entre los 20 y los 39 años y cada año para las mujeres de 40 años en adelante.• Las mujeres deben conocer el estado normal de sus senos y notificar de inmediato cualquier cambio a su médico. La autoexploración de los senos es una opción para las mujeres a partir de los 20 años.• Las mujeres cuyo riesgo es mayor (p. ej., antecedentes familiares, tendencia genética, cáncer de seno anteriormente) deben hablar con su médico acerca de los beneficios y limitaciones de iniciar las pruebas de detección antes de lo recomendado, someterse a pruebas adicionales (p. ej., ultrasonido y MRI de los senos) o de someterse a exámenes con mayor frecuencia.
Colon y recto	<p>A partir de los 50 años de edad, los hombres y las mujeres deben empezar a someterse a pruebas de detección conforme a uno de los planes indicados a continuación:</p> <p>Pruebas para detectar pólipos adenomatosos y cáncer</p> <ul style="list-style-type: none">• Una sigmoidoscopia flexible cada 5 años, o• Una colonoscopia cada 10 años, o• Un enema de bario con doble contraste cada cinco años, o• Una colonografía por tomografía computarizada cada cinco años <p>Pruebas para detectar principalmente cáncer</p> <ul style="list-style-type: none">• Examen anual de sangre oculta en heces revelada con guayaco con alta sensibilidad para cáncer, o• Prueba inmunoquímica fecal anual con alta sensibilidad para cáncer, o• Prueba de ADN en heces con alta sensibilidad para cáncer, de intervalo incierto
Próstata	<p>Los proveedores médicos deben hablar con los hombres sobre los beneficios y limitaciones de las pruebas de detección temprana del cáncer; y ofrecer la prueba de PSA en sangre y el examen digital rectal cada año a partir de los 50 años de edad, a los hombres que tengan una esperanza de vida de al menos 10 años. Los hombres con alto riesgo (hombres afroamericanos y aquellos con historial familiar significativo, esto es, uno o más parientes de primer grado diagnosticados con cáncer de próstata a una edad joven) deben discutir esto con su proveedor médico a partir de los 45 años.</p>
Útero	<p>Cuello uterino: Los exámenes de detección deben comenzar aproximadamente a los tres años después de que una mujer comience a tener relaciones sexuales por vía vaginal, pero a más tardar a los 21 años de edad. El examen se debe hacer cada año junto con las pruebas de Papanicolaou regulares o cada dos años usando pruebas a base de líquido. A los 30 años o después, las mujeres que han tenido tres resultados normales consecutivos en las pruebas pueden someterse a exámenes cada 2 a 3 años. Como alternativa, se podrían hacer pruebas de detección de cáncer de cuello uterino con pruebas de ADN del VPH y citología convencional y de base líquida cada tres años. Sin embargo, los médicos pueden sugerir que una mujer se someta a exámenes con más frecuencia si tiene ciertos factores de riesgo, como una infección con el VIH o un sistema inmunitario débil. Las mujeres de 70 años y más que hayan tenido tres o más pruebas de Papanicolaou normales seguidas en los últimos 10 años pueden optar por suspender los exámenes de detección de cáncer de cuello uterino. Los exámenes después de una histerectomía total (con la extirpación del cuello uterino) no son necesarios a menos que la cirugía se haya hecho como tratamiento para cáncer de cuello uterino.</p> <p>Endometrio: La Sociedad Americana del Cáncer recomienda que se debe informar a todas las mujeres que inicien la etapa de la menopausia sobre los riesgos y los síntomas de cáncer de endometrio, y se les recomienda enfáticamente que reporten a su médico cualquier sangrado inesperado, aunque sólo sean unas gotas. A partir de los 35 años de edad se debe ofrecer a las mujeres con cáncer de colon no poliposo hereditario o a aquellas que corran el riesgo de padecerlo, que se sometan a exámenes anuales de detección de cáncer de endometrio con biopsia endometrial.</p>
Revisiones relacionadas con el cáncer	<p>Para las personas que se someten a exámenes médicos periódicos, una revisión relacionada con el cáncer debe incluir asesoramiento sobre salud, y dependiendo de la edad y del sexo de la persona, puede incluir exámenes de detección de cánceres de la tiroides, cavidad bucal, piel, ganglios linfáticos, testículos y ovarios, así como de algunas enfermedades no malignas.</p>

Las guías de la Sociedad Americana del Cáncer para la detección temprana del cáncer se evalúan anualmente para identificar si existe nueva evidencia científica suficiente que justifique una reevaluación de las recomendaciones actuales. Si la evidencia es suficientemente convincente para considerar un cambio o una aclaración en las guías actuales o el desarrollo de una nueva guía, se inicia un procedimiento formal para ello. Las guías se evalúan formalmente cada 5 años independientemente de si la nueva evidencia sugiera un cambio en las recomendaciones existentes. Este procedimiento consiste en nueve pasos, y estos "lineamientos para el desarrollo de guías" se establecieron formalmente para proporcionar una metodología específica con el fin de que la ciencia y el criterio experto formen las bases de declaraciones y recomendaciones específicas de la Sociedad. Estos procedimientos constituyen un proceso deliberado para asegurarse de que todas las recomendaciones de la Sociedad básicamente sigan el mismo proceso metodológico y basado en la evidencia. Este proceso también emplea un sistema para calificar la solidez y constancia de la evidencia que es similar a la empleada por la Agencia de Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHCQR) y la Fuerza Operativa de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF).

©2009, American Cancer Society, Inc.

Exámenes de detección de cáncer de seno

La mamografía (mamograma) es un procedimiento con dosis bajas de rayos X a través del que se puede detectar el cáncer de seno en una etapa en la que el tratamiento puede ser más eficaz. La Sociedad Americana del Cáncer recomienda hacerse mamogramas anuales, así como exámenes clínicos regulares de los senos, a las mujeres de 40 años en adelante que tienen un riesgo medio de cáncer de seno¹²⁰. Desde 1987, la realización de las pruebas de detección del cáncer de seno ha ido aumentando en todos los grupos étnicos y raciales, y las diferencias en el uso reciente de mamogramas entre las mujeres hispanas y las mujeres blancas no hispanas se ha reducido al 8% aproximadamente^{121, 122}. En 2005, el 59.6% de las mujeres hispanas de 40 años y mayores se había realizado un mamograma en los dos últimos años, comparado con el 68.1% de las mujeres blancas no hispanas (tabla 9). Entre los subgrupos hispanos, un mayor porcentaje de las mujeres centroamericanas, sudamericanas y cubanas se realizaron pruebas de detección del cáncer de seno (63.9% y 72.7%, respectivamente) en comparación con las mujeres mexicanas (54.5%), que son las que menos probabilidades tienen de haberse realizado un mamograma recientemente. No obstante el aumento en el uso de exámenes de detección, el cáncer de seno se detecta en una etapa avanzada con más frecuencia en las mujeres hispanas que en las blancas no hispanas (figura 6). Esta diferencia se ha atribuido principalmente a una menor frecuencia en el uso de mamogramas y a los intervalos más largos entre ellos, así como a una falta de seguimiento oportuno de los resultados sospechosos^{123, 124}.

Pruebas de detección del cáncer de cuello uterino

La realización regular de las pruebas de Papanicolaou, seguidas de un tratamiento adecuado e iniciado a tiempo, reduce la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino¹²⁵. Las recomendaciones de la Sociedad Americana del Cáncer indican que la detección del cáncer de cuello uterino en etapa inicial debe iniciarse aproximadamente tres años después de la fecha en que una mujer inicie las relaciones sexuales (coito vaginal), aunque nunca más tarde de los 21 años de edad, y seguirlo haciendo a intervalos regulares.

A pesar de que, tradicionalmente, las mujeres hispanas se han sometido con menor frecuencia a pruebas de detección del cáncer de cuello uterino, en comparación



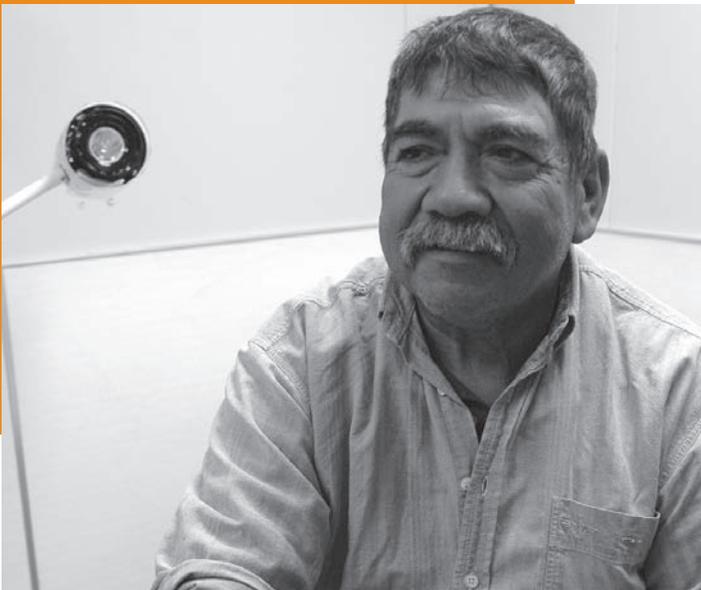
con las mujeres blancas no hispanas, las tasas de participación han mejorado en décadas recientes^{17, 120}. La prevalencia de pruebas de Papanicolaou recientes entre las mujeres hispanas de 18 años de edad en adelante aumentaron del 64% en 1987 al 74.6% en 2003. El uso de pruebas de detección de cáncer de cuello uterino en los subgrupos hispanos varía de 71% entre las latinas de América del Centro y América del Sur a 77.7% entre las mujeres puertorriqueñas. Asimismo, es menos probable que las mujeres sin seguro médico se hayan sometido a una prueba de Papanicolaou que las mujeres que sí tienen seguro médico (tabla 9).

Pruebas de detección del cáncer de próstata

La evidencia sobre el valor de las pruebas de detección temprana del cáncer de próstata no es suficiente como para recomendar o no recomendar las pruebas de detección con el examen digital del recto (DRE) o la prueba de antígeno prostático específico (PSA) en

Estrategias para mejorar la participación en pruebas de detección del cáncer

Las barreras de la atención médica –tales como la falta de seguro médico o de un centro médico de referencia– que afrontan muchos hombres y mujeres hispanos en los EE.UU. se reflejan en la menor proporción de utilización de servicios preventivos, tales como pruebas de detección del cáncer¹²⁶⁻¹²⁸. Además, en la mayoría de los estudios el menor estado educativo entre los hispanos se ha relacionado con menor utilización de los exámenes de detección del cáncer; una menor educación puede contribuir a menor conocimiento o concienciación sobre las causas del cáncer y los exámenes de detección. Se necesitan estrategias eficaces de comunicación para eliminar esta diferencia en estos conocimientos^{129, 130}. Los estudios han mostrado que la presencia de apoyo social puede mejorar la participación en los exámenes de detección¹³¹. Los programas locales de extensión y las intervenciones específicas de la cultura realizados por consejeros de salud hispanos no expertos, junto con el estímulo de los médicos para promover los beneficios de la detección temprana del cáncer también son estrategias eficaces para mejorar la participación en los exámenes de detección del cáncer entre las poblaciones hispanas¹³².



personas con un riesgo medio¹²⁰. Los recientemente publicados resultados de estudios clínicos no llegan a un acuerdo sobre los beneficios del examen PSA para reducir la mortalidad por cáncer de próstata. La recomendación de la Sociedad Americana del Cáncer acerca de la detección del cáncer de próstata en etapa inicial es fomentar la decisión informada de los hombres de 50 años en adelante que tengan una esperanza de vida mínima de 10 años⁸⁷. En 2005, el 29.7% de los hombres hispanos de 50 años de edad en adelante se había sometido a una prueba PSA el año anterior, comparado con el 42.9% de los hombres blancos no hispanos. Los hombres mexicanos y los hombres que carecen de seguro médico presentaron el uso más bajo de las pruebas de PSA (tabla 9).

Cómo la Sociedad Americana del Cáncer ayuda a salvar vidas y reducir las disparidades del cáncer

La Sociedad Americana del Cáncer continúa trabajando para alcanzar la meta de eliminar las disparidades en las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer para el año 2015 ayudando a las personas a seguir bien, recuperarse, encontrar curas y luchar contra el cáncer. En esta sección se proporcionan información y los aspectos más destacados de estos esfuerzos.

Ayudamos a las personas a seguir bien y a recuperarse

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

Información sobre el cáncer

La Sociedad Americana del Cáncer proporciona información actualizada y precisa durante todo el espectro del cáncer, desde la prevención hasta la atención paliativa, en español y en inglés 24 horas al día, siete días a la semana en el teléfono 1-800-227-2345 y mediante su sitio Web, cancer.org.

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

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

La Red Nacional Integral del Cáncer, a través de su asociación con la Sociedad, proporciona guías de tratamiento sobre todos los tipos principales de cáncer en español, en un formato confiable y fácil de entender. Estos recursos adaptados especialmente para los pacientes del cáncer, ayudan a estos y a su familia a tomar decisiones bien fundamentadas y oportunas sobre su tratamiento. Puede obtener más información en nccn.org.

Programas y servicios

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

Luzca Bien...Siéntase Mejor®

Este programa es para mujeres hispanas que están recibiendo tratamiento contra el cáncer. El programa, que es una colaboración entre Personal Care Products Council Foundation, la Sociedad y La Asociación Nacional de Cosmetología, enseña a las pacientes técnicas de belleza para ayudarles a mejorar su apariencia física y su imagen durante los tratamientos de quimioterapia y radiación.

Red de Sobrevivientes del Cáncer

La Red de Sobrevivientes del Cáncer (American Cancer Society Cancer Survivors Network®, CSN) es una comunidad en línea creada por y para los sobrevivientes del cáncer y los cuidadores. Pueden participar todas las personas afectadas personalmente por el cáncer. El sitio incluye testimonios pregrabados en español por sobrevivientes del cáncer hispanos que comparten su experiencia personal con esta enfermedad.

Programa Guías de Pacientes

El Programa Guías de Pacientes de la Sociedad Americana del Cáncer coloca personal capacitado por la Sociedad en centros de atención médica dotados de servicios de tratamiento oncológico que tratan a una alta proporción de pacientes médicamente marginados. La meta del Programa Guía de Pacientes es proporcionar a los pacientes oncológicos y a sus familiares información sobre el cáncer, personalizada y fiable, referencias a los recursos de la ACS y un seguimiento oportuno.

Quitline

El programa Quitline® de la Sociedad Americana del Cáncer es un servicio de asesoramiento telefónico clínicamente comprobado que ofrece asistencia para dejar de fumar, así como publicaciones en español e inglés. El programa Quitline ofrece asimismo una línea TTY y materiales de autoayuda, tales como cintas de audio para personas con un bajo nivel de lectura.

El programa Recuperación a su Alcance

En el programa Recuperación a su Alcance (Reach to Recovery®) de la Sociedad Americana del Cáncer, sobrevivientes del cáncer de seno capacitadas proporcionan apoyo personal, información e inspiración a las pacientes de cáncer de seno. Tenemos disponibles un folleto promocional en español.

Encontramos curas

Desde 1999, la Sociedad Americana del Cáncer ha financiado más de 117 estudios con un total de más de \$100 millones dedicados a los pobres y médicamente marginados. Casi una cuarta parte de sus investigaciones se concentra en la población hispana/latina, e incluye todo el espectro del cáncer, desde la prevención hasta la supervivencia. A continuación se describen ejemplos de las investigaciones que se están financiando en estos momentos:

Prevención. Los adolescentes latinos con niveles bajos de aculturación tienen menores tasas de uso de tabaco y de otras sustancias, en comparación con los jóvenes latinos altamente aculturados. Se piensa que esto se debe a las prácticas de crianza de los hijos, valores y normas. En un estudio financiado por la Sociedad, se está evaluando la factibilidad de desarrollar una intervención de crianza de los hijos que se concentre en las tradiciones y valores culturales para prevenir el uso del tabaco y de sustancias por parte de los adolescentes latinos.

Supervivencia. Los estudios de la población general han mostrado que la atención de hospicio proporciona una mejor atención para los pacientes y menos estrés para los cuidadores. Aunque el cáncer es la causa principal de mortalidad entre los latinos, sólo de 2 a 4% de ellos usa la atención de hospicio. No se conocen las razones por las cuales las familias no seleccionan el cuidado de hospicio, y se desconocen los resultados de los pacientes latinos y su familia. Un estudio en curso realizado por un becario de la Sociedad está examinando y comparando el cuidado de los pacientes con cáncer y el uso de hospicios entre hispanos y blancos, incluso el efecto de los

factores culturales. Los datos de este estudio se pueden usar para desarrollar programas basados en la evidencia a fin de aumentar el uso de hospicios y mejorar los resultados de los cuidadores.

Lucha

La Sociedad Americana del Cáncer y American Cancer Society Cancer Action NetworkSM (ACS CAN), la filial de defensa de la Sociedad, no partidaria y sin fines de lucro, están dedicadas a reducir las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer entre las poblaciones minoritarias y médicamente marginadas. La meta se puede lograr instituyendo políticas efectivas y programas de salud pública que promuevan el bienestar en general y salven vidas. ACS CAN y la Sociedad están involucradas en esfuerzos de defensa en los ámbitos estatal y federal; abajo se detallan algunos de los esfuerzos que la Sociedad Americana del Cáncer y ACS CAN han estado realizando en los años pasados:

ACS CAN es la principal voz de los pacientes en el debate sobre la reforma de la atención médica, y ha trabajado con una amplia sección de interesados durante los últimos años a fin de generar impulso para una reforma en todo el país. La Sociedad y ACS CAN creen que todos los estadounidenses necesitan acceso a una atención médica de calidad y económica para poder eliminar la mortalidad y el sufrimiento causados por el cáncer. Uno de cada tres hispanos no tiene seguro médico, y casi la mitad de los hispanos de bajos ingresos carecen de una fuente regular de atención médica¹³³. Más aún, los hispanos tienen menos probabilidades de usar servicios efectivos de prevención y detección temprana del cáncer. Por esto, ACS CAN está dedicada a luchar por una legislación que ayude a salvar vidas a través de la prevención, una cobertura significativa y una mejor calidad de vida.

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

Minoritarios y Disparidades en la Salud, para cuyo establecimiento la Sociedad fue instrumental.

El aumento del financiamiento del Programa Nacional de Detección Temprana de los Cánceres de Seno y de Cuello Uterino es una alta prioridad para la Sociedad y para ACS CAN. Este exitoso programa proporciona exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de seno y del cuello uterino, basados en la comunidad, a las mujeres sin seguro y de bajos ingresos (cdc.gov/cancer/nbccedp). En la actualidad, sólo hay suficiente financiamiento para examinar a una de cada cinco mujeres elegibles entre 50 y 64 años de edad dentro del programa de detección de cáncer de seno y de cuello uterino basado en la comunidad y administrado por los CDC. El resultado es que millones de mujeres no reciben los exámenes de detección y el tratamiento que salvan vidas. ACS CAN está encabezando el esfuerzo para aumentar el financiamiento de este programa que salva vidas.

ACS CAN ha sido instrumental en la introducción de legislación que creará un programa nacional de prevención, detección temprana y tratamiento de cáncer colorrectal para las poblaciones médicamente marginadas. Esta ley se basará en los esfuerzos para mejorar el acceso a la atención médica, eliminar algunas de las barreras a las que se enfrentan los adultos hispanos al tratar de tener acceso a los exámenes de detección del cáncer, y elevar la importancia de reenfoque nuestro sistema de atención en la prevención total de la enfermedad.

ACS CAN fue una de las principales entidades que contribuyó a la aprobación exitosa de la Ley de Control del Tabaco y Prevención del Tabaco en la Familia, que se aprobó como ley en 2009. Esta ley otorga a la Administración de Alimentos y Medicamentos la autoridad de regular los productos del tabaco y prohibir que las compañías comercialicen su mortal producto a los niños. Cada día 3,500 niños fuman un cigarrillo por primera vez, y otros 1,000 se convierten en adictos. En 2004, uno de cada 10 estudiantes hispanos de la escuela secundaria fumó cigarrillos, una proporción más alta que cualquier otro grupo racial o étnico¹³⁴.

ACS CAN fue extremadamente influyente en el aseguramiento de los fondos para el proyecto de ley de Guías de Pacientes, que el presidente George W. Bush aprobó como ley en 2005. Esta legislación histórica proporciona financiamiento para los guías de pacientes que tienen experiencia en proporcionar información culturalmente relevante, extensión y educación

especializada, e intervenciones que mejorarán el acceso a la atención, los resultados sobre salud y la calidad de vida en las comunidades médicamente marginadas. Las investigaciones sobre los guías de pacientes muestran que estos mejoran las tasas de acatamiento de los exámenes de detección de cáncer colorrectal, ayudan a los pacientes y a su familia a manejar los diagnósticos de cáncer, y vencen los obstáculos culturales y de idioma para obtener atención y tratamiento del cáncer oportunos y apropiados.

ACS CAN apoya firmemente la legislación para crear nuevas oportunidades de investigación cuyo objetivo sea reducir las disparidades del cáncer en todo el espectro de la enfermedad, desde la prevención y la detección hasta el tratamiento y el cuidado paliativo. Entonces este trabajo puede facilitar la intervención, con la meta de reducir las disparidades en todo el espectro de atención del cáncer. Si desea más información o permanecer actualizado sobre las acciones más recientes de ACS CAN, visite acscan.org.

Otras organizaciones que se concentran en el cáncer y en otros problemas médicos de los hispanos

Consejo Intercultural de Cáncer (Intercultural Cancer Council, ICC)

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

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

El Consejo Nacional Hispano de Envejecimiento (National Hispanic Council on Aging, NHCOA) fue establecido como una organización de defensa cuyo principal propósito es mejorar la calidad de vida de los ciudadanos hispanos mayores de edad, las familias y las comunidades. Desde su inicio, el NHCOA se ha concentrado en la importancia y función de la familia para asistir a los ancianos en cada aspecto de su vida, y proporcionar la atención necesaria a las personas de edad avanzada. Si desea más información, visite nhcoa.org.

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

La Asociación Nacional Médica Hispana es una asociación sin fines de lucro que representa a 36,000 médicos hispanos certificados en los Estados Unidos. La misión de la organización es mejorar la salud de los hispanos y de otras poblaciones marginadas. Como un recurso nacional de rápido crecimiento que está basado en la capital del país, la NHMA proporciona a los legisladores y a los proveedores de atención médica información y apoyo expertos para fortalecer el suministro de servicios médicos a las comunidades hispanas de todo el país. Si desea más información, visite nhmamd.org.

Consejo Nacional Latino para la Prevención del uso de Alcohol y Tabaco (National Latino Council on Alcohol and Tobacco Prevention, LCAT)

Creado en 1989 por un grupo de profesionales médicos y defensores de la comunidad latinos, el Consejo Nacional Latino para la Prevención del uso de Alcohol y Tabaco (National Latino Council on Alcohol and Tobacco Prevention, LCAT) está dedicado a reducir el daño que causa el alcohol y el tabaco en la comunidad latina. El LCAT sirve como centro nacional de recursos para aquellos que trabajan activamente en la prevención y control del uso del tabaco entre los hispanos/latinos. Si desea más información, visite nlcatp.org.

Prevención

Prevención es una organización sin fines de lucro que desarrolla, produce y disemina materiales educativos en español sobre la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a través del radio, la televisión e Internet en español. En asociación con el gobierno y organizaciones privadas, Prevención realiza campañas de información sobre salud dedicadas a segmentos de la población de habla hispana de “difíciles de alcanzar”. Si desea más información, visite prevencion.org.

Redes En Acción

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

Fuentes estadísticas

Casos nuevos de cáncer: El número aproximado de casos nuevos de cáncer en los Estados Unidos entre los hispanos para 2009 se calculó mediante la introducción del número calculado de casos de cáncer ocurridos cada año en los EE.UU. desde 1995 a 2005 en un modelo de previsiones estadísticas. El número calculado de casos en los EE.UU. desde 1995 a 2005 se calculó usando los datos de incidencia del cáncer para esos años de 41 estados y del Distrito de Columbia que cumplieron con las normas de datos de alta calidad de la Asociación Norteamericana de Registros Centrales de Cáncer (North American Association of Central Cancer Registries, NAACCR) de los datos de incidencia y población recabados por la Oficina Nacional del Censo de EE.UU.

Tasas de incidencia: Las tasas de incidencia se definen como el número de casos nuevos de cáncer que se diagnostica cada año en una población de un tamaño determinado. Normalmente se expresan como el número total de casos por 100,000 habitantes por año. Los datos sobre incidencia utilizados en este informe los reunió el programa SEER o NAACCR, según se indique, junto con los datos sobre población recogidos por la Oficina del Censo de EE.UU. Todas las tasas de incidencia en esta publicación se ajustaron por edad de la población estándar de Estados Unidos en 2000.

Mortalidad debida al cáncer: El número aproximado de muertes por cáncer en los EE.UU. entre hispanos en 2009 se calculó mediante la introducción del número de fallecimientos por cáncer de 1992 a 2006 en un modelo de previsiones estadísticas usando el programa de regresión Join-point¹³⁵. Los datos sobre el número de fallecimientos se obtuvo del Centro Nacional de Estadísticas sobre Salud (National Center for Health Statistics, NCHS) de los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades.

Tasas de mortalidad: Al igual que las tasas de incidencia, las tasas de mortalidad representan el número correspondiente de muertes por 100,000 habitantes por año. Las tasas de mortalidad las proporcionó el programa SEER usando datos sobre la mortalidad por cáncer del Centro Nacional de Estadísticas de Salud junto con los datos sobre población de la Oficina del Censo de Estados Unidos. Todas las tasas de mortalidad indicadas en esta publicación se ajustaron a la edad de la población estándar de Estados Unidos en 2000.

Encuesta Nacional de Exámenes de Nutrición y Salud (National Health and Nutrition Examination Survey, NHANES). La NHANES es una encuesta del Centro Nacional de Estadísticas de la Salud (NCHS) del CDC. La encuesta ha sido diseñada para proporcionar cálculos sobre la prevalencia nacional del estado de la nutrición y salud de niños y adultos. Los datos se recopilan a través de entrevistas en persona y exámenes físicos en centros médicos móviles. Si desea más información, visite cdc.gov/nchs/nhanes.htm.

Encuesta Nacional de Salud (National Health Interview Survey, NHIS). La NHIS es una encuesta del Centro Nacional de Estadísticas de la Salud (NCHS) del CDC. La encuesta ha sido diseñada para proporcionar cálculos de prevalencia nacional sobre características personales, socioeconómicas, demográficas y de la salud, tales como el hábito de fumar cigarrillos y la actividad física. Los datos se recopilan a través de entrevistas telefónicas mensuales asistidas por computadora, efectuadas a adultos de 18 años de edad en adelante. La NHIS es una encuesta anual llevada a cabo por el NCHS desde 1957. Si desea más información visite cdc.gov/nchs/nhis.htm.

Sistema de Vigilancia de las Conductas de Riesgo en los Jóvenes (Youth Risk Behavior Surveillance System, YRBSS). El sistema YRBSS es una encuesta del Centro Nacional para la Promoción de la Salud y la Prevención de Enfermedades Crónicas (NCCDPHP) del CDC. La encuesta ha sido diseñada para proporcionar cálculos de prevalencia a nivel nacional, estatal y local sobre conductas de riesgo para la salud tales como el consumo de tabaco, conductas dietéticas perjudiciales e inactividad física entre niños y jóvenes que asisten a escuelas preparatorias públicas y privadas. Los datos se recopilan a través de un cuestionario auto administrado, que se completa durante el período requerido de la clase o materia. La YRBSS es una encuesta bianual iniciada en 1991. Los datos de las encuestas estatales y locales son de calidad variable, por lo que se debe actuar con cautela al hacer comparaciones de datos entre ellas. Si desea más información, visite cdc.gov/HealthyYouth/yrb/index.htm.

Factores que influyen en las tasas de incidencia del cáncer

Cobertura geográfica y exactitud de los datos

La comparación de las tasas del cáncer entre grupos raciales y étnicos, en especial aquellos grupos que no están compuestos por blancos o afroamericanos, debe interpretarse con cautela por varias razones. Primero, la etnia y la raza no siempre se clasifican de manera uniforme en los expedientes médicos, certificados de defunción y el censo decenal de los Estados Unidos, de manera que las tasas para otras poblaciones que no sean blancos o afroamericanos posiblemente fueron subestimadas. En segundo lugar, los datos de tendencia de la incidencia recopilados en este informe provienen de las 13 áreas SEER de registro del cáncer, y podrían no reflejar con exactitud la experiencia de los hispanos en todas las regiones del país. En tercer lugar, las comparaciones efectuadas entre hispanos y blancos no hispanos consideran sólo el grupo étnico y no describen posibles diferencias raciales. Por último, la experiencia de la población hispana en relación con el cáncer varía mucho dependiendo del país de origen. Por ejemplo, es más probable que la incidencia de los cánceres relacionados con el tabaco sea más alta en los cubanoamericanos que en los mexicanoamericanos debido a las diferencias en el consumo de tabaco entre estos dos grupos.

Identificación hispana/latina

La identificación exacta de las personas hispanas/latinas para la vigilancia del cáncer ha sido un problema continuo. En un esfuerzo por resolver este problema, la Asociación Norteamericana de Registros Centrales del Cáncer (NAACCR) reunió a un panel experto en 2001 para desarrollar el Algoritmo de Identificación de Hispanos (Hispanic Identification Algorithm, NHIA) de

NAACCR, primero publicado para que lo usaran los registros de cáncer en 2003. NHIA usa una combinación de variables de los pacientes encontrados en los expedientes del registro del cáncer, como el apellido y el lugar de nacimiento para determinar indirectamente el origen hispano. Después de la extensa implementación por los registros estatales de cáncer, se hicieron mejoras al NHIA y el 2005 se publicó una versión modificada (NHIA v2)¹³⁶. Más recientemente, en ciertos estados con poblaciones hispanas/latinas diversas y de gran tamaño, se han realizado investigaciones especiales para poder clasificar más precisamente a las subpoblaciones hispanas y describir la carga específica que el cáncer les impone. Una de tales investigaciones del registro de vigilancia del cáncer de Florida recientemente documentó la incidencia de cáncer de los cubanos, puertorriqueños y mexicanos que residen en ese estado. Esta información es útil para planear programas dirigidos de control del cáncer¹³⁷.

Ajuste por edades al estándar del año 2000

Los epidemiólogos usan un método estadístico llamado “ajuste por edades” para comparar grupos de personas de diferentes edades. Por ejemplo, sin hacer un ajuste por edades, sería inexacto comparar las tasas de cáncer del estado de Florida, que tiene una gran población de personas de la tercera edad, con las de Alaska, que tiene una población más joven. Esto es especialmente cierto cuando se examinan las tasas de cáncer, ya que el cáncer es generalmente una enfermedad de personas de edad mayor. Sin hacer el ajuste por edades, parecería que las tasas de cáncer en Florida son mucho mayores que las de Alaska. Sin embargo, una vez que se hace el ajuste por edades, parece ser que las tasas son similares.

Referencias

1. Howe HL, Wu X, Ries LA, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2003, featuring cancer among U.S. Hispanic/Latino populations. *Cancer*. Oct 15 2006; 107(8):1711-1742.
2. Martinez-Tyson D, Barnett Pathak E, Soler-Vila H, Flores AM. Looking under the Hispanic umbrella: cancer mortality among Cubans, Mexicans, Puerto Ricans and other Hispanics in Florida. *J Immigr Minor Health*. 2009; 11(4):249-57.
3. *Cancer Incidence in Five Continents*. Vol VIII. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2002.
4. Chao A, Gilliland FD, Hunt WC, Bulterys M, Becker TM, Key CR. Increasing incidence of colon and rectal cancer among Hispanics and American Indians in New Mexico (United States), 1969-94. *Cancer Causes Control*. Mar 1998; 9(2):137-144.
5. Thomas DB, Karagas MR. Cancer in first and second generation Americans. *Cancer Res*. Nov 1 1987; 47(21):5771-5776.
6. Wilkinson JD, Wohler-Torres B, Trapido E, et al. Cancer trends among Hispanic men in South Florida, 1981-1998. *Cancer*. Feb 15 2002; 94(4):1183-1190.
7. 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.
8. Singh GK, Hiatt RA. Trends and disparities in socioeconomic and behavioural characteristics, life expectancy, and cause-specific mortality of native-born and foreign-born populations in the United States, 1979-2003. *Int J Epidemiol*. Aug 2006; 35(4):903-919.
9. Cockburn MG, Zadnick J, Deapen D. Developing epidemic of melanoma in the Hispanic population of California. *Cancer*. Mar 1 2006; 106(5):1162-1168.
10. American Cancer Society. *Breast Cancer Facts & Figures 2009-2010* (in press). Atlanta, GA: American Cancer Society; 2009.
11. Baumgartner KB, Hunt WC, Baumgartner RN, et al. Association of body composition and weight history with breast cancer prognostic markers: divergent pattern for Hispanic and non-Hispanic White women. *Am J Epidemiol*. Dec 1 2004; 160(11):1087-1097.
12. Slattery ML, Sweeney C, Edwards S, et al. Body size, weight change, fat distribution and breast cancer risk in Hispanic and non-Hispanic white women. *Breast Cancer Res Treat*. Mar 2007; 102(1):85-101.
13. Wenten M, Gilliland FD, Baumgartner K, Samet JM. Associations of weight, weight change, and body mass with breast cancer risk in Hispanic and non-Hispanic white women. *Ann Epidemiol*. Aug 2002; 12(6):435-434.
14. Sweeney C, Baumgartner KB, Byers T, et al. Reproductive history in relation to breast cancer risk among Hispanic and non-Hispanic white women. *Cancer Causes Control*. May 2008; 19(4):391-401.
15. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, et al. Births: final data for 2006. In: *Statistics NCfH*, ed57. US Dept of Health and Human Services; 2009:1-104.
16. Hausauer AK, Keegan TH, Chang ET, Clarke CA. Recent breast cancer trends among Asian/Pacific Islander, Hispanic, and African-American women in the US: changes by tumor subtype. *Breast Cancer Res*. 2007; 9(6):R90.
17. National Center for Health Statistics. *Health, United States, 2007 With Chartbook on Trends in the Health of Americans*. Hyattsville, MD2007.
18. Fejerman L, John EM, Huntsman S, et al. Genetic ancestry and risk of breast cancer among U.S. Latinas. *Cancer Res*. Dec 1 2008; 68(23):9723-9728.
19. Hines LM, Risendal B, Slattery ML, Baumgartner KB, Giuliano AR, Byers T. Differences in estrogen receptor subtype according to family history of breast cancer among Hispanic, but not non-Hispanic White women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. Oct 2008; 17(10):2700-2706.
20. Risendal B, Hines LM, Sweeney C, et al. Family history and age at onset of breast cancer in Hispanic and non-Hispanic white women. *Cancer Causes Control*. Dec 2008; 19(10):1349-1355.
21. 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*. Dec 2006; 96(12):2173-2178.
22. Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program (www.seer.cancer.gov) SEER*Stat Database: Incidence - SEER 17 Regs Public-Use, Nov 2008 Sub (2000-2006) - Linked To County Attributes - Total U.S., 1969-2006 Counties, National Cancer Institute, DCCPS, Surveillance Research Program, Cancer Statistics Branch, released April 2009, based on the November 2008 submission.
23. Miller BA, Hankey BF, Thomas TL. Impact of sociodemographic factors, hormone receptor status, and tumor grade on ethnic differences in tumor stage and size for breast cancer in US women. *Am J Epidemiol*. Mar 15 2002; 155(6):534-545.
24. American Cancer Society. *Cancer Prevention & Early Detection Facts & Figures 2009*. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2009.
25. Press R, Carrasquillo O, Sciacca RR, Giardina EG. Racial/ethnic disparities in time to follow-up after an abnormal mammogram. *J Womens Health (Larchmt)*. Jul-Aug 2008; 17(6):923-930.
26. Jemal A, Clegg LX, Ward E, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2001, with a special feature regarding survival. *Cancer*. Jul 1 2004; 101(1):3-27.
27. Ward E, Halpern M, Schrag N, et al. Association of insurance with cancer care utilization and outcomes. *CA Cancer J Clin*. Jan-Feb 2008; 58(1):9-31.
28. Freedman RA, He Y, Winer EP, Keating NL. Trends in racial and age disparities in definitive local therapy of early-stage breast cancer. *J Clin Oncol*. Feb 10 2009; 27(5):713-719.
29. 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*. Dec 3 2008; 100(23):1717-1723.
30. Soto-Salgado M, Suarez E, Calo W, Cruz-Correa M, Figueroa-Valles NR, Ortiz AP. Incidence and mortality rates for colorectal cancer in Puerto Rico and among Hispanics, non-Hispanic whites, and non-Hispanic blacks in the United States, 1998-2002. *Cancer*. Apr 28 2009.
31. American Cancer Society. *Colorectal Cancer Facts & Figures 2008-2010*. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2008.
32. Horner MJ, Ries LAG, Krapcho M, (eds). *SEER Cancer Statistics Review, 1975-2006*. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2009.

33. Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses – United States, 2000-2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* Nov 14 2008; 57(45):1226-1228.
34. Samet JM. The 1990 Report of the Surgeon General: The Health Benefits of Smoking Cessation. *Am Rev Respir Dis.* Nov 1990; 142(5):993-994.
35. Shavers VL, Brown M, Klabunde CN, et al. Race/ethnicity and the intensity of medical monitoring under 'watchful waiting' for prostate cancer. *Med Care.* Mar 2004; 42(3):239-250.
36. Canto MT, Chu KC. Annual cancer incidence rates for Hispanics in the United States: surveillance, epidemiology, and end results, 1992-1996. *Cancer.* Jun 1 2000; 88(11):2642-2652.
37. Al-Refaie WB, Tseng JF, Gay G, et al. The impact of ethnicity on the presentation and prognosis of patients with gastric adenocarcinoma. Results from the National Cancer Data Base. *Cancer.* Aug 1 2008; 113(3):461-469.
38. Shibata A, Parsonnet J. Stomach Cancer. In: Schottenfeld D, Fraumeni JF, eds. *Cancer Epidemiology and Prevention.* Third ed. New York: Oxford University Press; 2006:707-720.
39. Brown LM. Helicobacter pylori: epidemiology and routes of transmission. *Epidemiol Rev.* 2000; 22(2):283-297.
40. Mueller NE, Birmann BM, Parsonnet J, Schiffman MH, Stuver SO. Infectious Agents. In: Schottenfeld D, Fraumeni JF, eds. *Cancer Epidemiology and Prevention.* Third ed. New York: Oxford University Press; 2006:531-534.
41. Donato F, Boffetta P, Puoti M. A meta-analysis of epidemiological studies on the combined effect of hepatitis B and C virus infections in causing hepatocellular carcinoma. *Int J Cancer.* Jan 30 1998; 75(3):347-354.
42. London WT, McGlynn KA. Liver Cancer. In: Schottenfeld D, Fraumeni JF, eds. *Cancer Epidemiology and Prevention.* Third ed. New York: Oxford University Press; 2006:763-786.
43. Armstrong GL, Wasley A, Simard EP, McQuillan GM, Kuhnert WL, Alter MJ. The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States, 1999 through 2002. *Ann Intern Med.* May 16 2006; 144(10):705-714.
44. Buchsacher GL, Wong-staal F. Etiology of Cancer: Viruses, Section One, RNA Viruses. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *Cancer Principles & Practice of Oncology.* Seventh ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:165-173.
45. *GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide IARC CancerBase No. 5.* [computer program]. Version 2.0. Lyon: IARC Press; 2004.
46. Kamangar F, Dores GM, Anderson WF. Patterns of cancer incidence, mortality, and prevalence across five continents: defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world. *J Clin Oncol.* May 10 2006; 24(14):2137-2150.
47. Watson M, Saraiya M, Benard V, et al. Burden of cervical cancer in the United States, 1998-2003. *Cancer.* Nov 15 2008; 113(10 Suppl):2855-2864.
48. Saslow D, Castle PE, Cox JT, et al. American Cancer Society Guideline for human papillomavirus (HPV) vaccine use to prevent cervical cancer and its precursors. *CA Cancer J Clin.* Jan-Feb 2007; 57(1):7-28.
49. Giuliano AR, Papenfuss M, Schneider A, Nour M, Hatch K. Risk factors for high-risk type human papillomavirus infection among Mexican-American women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* Jul 1999; 8(7):615-620.
50. Dunne EF, Unger ER, Sternberg M, et al. Prevalence of HPV infection among females in the United States. *JAMA.* Feb 28 2007; 297(8):813-819.
51. Reynolds D. Cervical cancer in Hispanic/Latino women. *Clinical Journal of Oncology Nursing.* 2004; 8(2):146-150.
52. International Agency for Research on Cancer. *Cervix Cancer Screening* Lyon 2005.
53. Randi G, Franceschi S, La Vecchia C. Gallbladder cancer worldwide: geographical distribution and risk factors. *Int J Cancer.* Apr 1 2006; 118(7):1591-1602.
54. Goodman MT, Yamamoto J. Descriptive study of gallbladder, extrahepatic bile duct, and ampullary cancers in the United States, 1997-2002. *Cancer Causes Control.* May 2007; 18(4):415-422.
55. Hsing AW, Rashid A, Devesa SS, Fraumeni JFJ. Biliary Tract Cancer. In: Schottenfeld D, Fraumeni JF, eds. *Cancer Epidemiology and Prevention.* Third ed. New York: Oxford University Press; 2006:787-800.
56. Larsson SC, Wolk A. Obesity and the risk of gallbladder cancer: a meta-analysis. *Br J Cancer.* May 7 2007; 96(9):1457-1461.
57. US Census Bureau, Population Division. Annual Estimates of the Population by Sex, Race and Hispanic or Latino Origin for the United States: April 1, 2000 to July 1, 2007.
58. Pullarkat ST, Danley K, Bernstein L, Brynes RK, Cozen W. High lifetime incidence of adult acute lymphoblastic leukemia among Hispanics in California. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* Feb 2009; 18(2):611-615.
59. Yamamoto JF, Goodman MT. Patterns of leukemia incidence in the United States by subtype and demographic characteristics, 1997-2002. *Cancer Causes Control.* May 2008; 19(4):379-390.
60. Linabery AM, Ross JA. Trends in childhood cancer incidence in the U.S. (1992-2004). *Cancer.* Jan 15 2008; 112(2):416-432.
61. Linabery AM, Ross JA. Childhood and adolescent cancer survival in the US by race and ethnicity for the diagnostic period 1975-1999. *Cancer.* Nov 1 2008; 113(9):2575-2596.
62. Ross JA, Spector LG. Cancers in Children. In: Schottenfeld D, Fraumeni JF, eds. *Cancer Epidemiology and Prevention.* Third ed. New York: Oxford University Press; 2006:1251-1268.
63. *Surveillance Research Program, National Cancer Institute SEER*Stat software (www.seer.cancer.gov/seerstat) version 6.5.1.* [computer program].
64. Wilkinson JD, Fleming LE, MacKinnon J, et al. Lymphoma and lymphoid leukemia incidence in Florida children: ethnic and racial distribution. *Cancer.* Apr 1 2001; 91(7):1402-1408.
65. US Census Bureau, 2007 American Community Survey. 2007. Accessed May 7, 2009.
66. Institute of Medicine. Committee on the Consequences of Uninsurance. Series of reports: Coverage matters: insurance and health care; Care without coverage; Health insurance is a family matter; A shared destiny: community effects of uninsurance; Hidden costs, value lost: uninsurance in American. National Academy Press, Washington, DC. 2001-2003.
67. Sherrill W, Crew L, Mayo R, Mayo W, Rogers B, Haynes D. Educational and health services innovation to improve care for rural Hispanic communities in the USA. *Rural Remote Health.* 2005; 5(4):402-411.
68. Escarce J, Kapur K. *Access to and Quality of Health Care. In Hispanics and the Future of America.* Eds. Marta Tienda and Faith Mitchell. pp.410-415. Committee on Transforming Our Common Destiny, National Research Council National Academy Press, Washington, DC. 2006.
69. Goode TD, Dunne MC, Bronheim SM. *The Evidence Base for Cultural and Linguistic Competency in Health Care:* Georgetown University; October 2006.

70. National Alliance for Hispanic Health. *Quality Health Services for Hispanics: The Cultural Competency Component* 2001.
71. Diaz V. Cultural factors in preventive care: Latinos. *Prim Care Clin Office Pract.* 2002; 29:503-517.
72. Colditz GA, Atwood KA, Emmons K, et al. Harvard report on cancer prevention volume 4: Harvard Cancer Risk Index. Risk Index Working Group, Harvard Center for Cancer Prevention. *Cancer Causes Control.* Jul 2000; 11(6):477-488.
73. Centers for Disease Control and Prevention. Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General, 2000. US Department of Health and Human Services. Washington, DC. 2000.
74. Bethel J, Schenker M. Acculturation and smoking patterns among Hispanics: a review. *Am J Prev Med.* 2005; 29(2):143-148.
75. National Health Interview Survey, 2006-7. Sample adult file, National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. Available at cdc.gov/nchs/nhis.htm. 2007.
76. Hyland A, Rezaishiraz H, Bauer J, Giovino GA, Cummings KM. Characteristics of low-level smokers. *Nicotine Tob Res.* 2005; 7(3):461-468.
77. Fiore M, Bailey W, Cohen S. *Treating Tobacco Use and Dependence.* US Department of Health and Human Services. Public Health Services. Rockville, Md. 2000.
78. Cokkinides VE, Halpern MT, Barbeau EM, Ward E, Thun MJ. Racial and ethnic disparities in smoking-cessation interventions: analysis of the 2005 National Health Interview Survey. *Am J Prev Med.* 2008; 34(5):404-412.
79. Levinson AH, Borrayo EA, Espinoza P, Flores ET, Pérez-Stable EJ. An exploration of Latino smokers and the use of pharmaceutical aids. *Am J Prev Med.* 2006; 31(2):167-171.
80. Perez-Stable E, Marin G, Posner S. Ethnic comparison of attitudes and beliefs about cigarette smoking. *J Gen Intern Med.* 1998; 13(3):167-174.
81. Zhu S, Nguyen Q, Cummins S, Wong S, Wightman V. Non-smokers seeking help for smokers: a preliminary study. *Tob Control.* 2006; 15(2):107-113.
82. Sias JJ, Urquidi UJ, Bristow ZM, Rodriguez JC, Ortiz M. Evaluation of smoking cessation behaviors and interventions among Latino smokers at low-income clinics in a US-Mexico border county. *Addict Behav.* 2008; 33(2):373-380.
83. 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.
84. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette Use Among High School Students – United States, 1991-2007. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2008;57(25):689-691.
85. Caraballo R, Lin Yee S, Gfroerer J, Pechacek T, Henson R. Tobacco Use Among Racial and Ethnic Populations subgroups of Adolescents in the United States. *Prev Chronic Dis.* 2006;3(2):1-11.
86. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults – United States, 2007. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2009;57(45):1221-1226.
87. Zhu SH, Pulvers K, Zhuang Y, Baezconde-Garbanati L. Most Latino smokers in California are low-frequency smokers. *Addiction.* 2007;102(Suppl 2):104-111.
88. US Department of Health and Human Services. *Tobacco Use Among Racial/Ethnic Groups- African Americans, American Indian and Alaska Natives, Asian Americans and Pacific Islanders, and Hispanics: Report of the Surgeon General.* Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 1998.
89. Tauras JA. Differential impact of state tobacco control policies among race and ethnic groups. *Addiction.* 2007;102(Suppl 2):95-103.
90. Stoddard J, Johnson C, Sussman S, Dent C, Boley-Cruz T. Tailoring outdoor tobacco advertising to minorities in Los Angeles County. *J Health Commun.* 1998; 3(2):137-146.
91. Fernandez S, Hickman N, Klonoff EA. Cigarette advertising in magazines for Latinas, White women, and men, 1998-2002: a preliminary investigation. *J Community Health.* 2005; 30(2):141-151.
92. Acevedo-Garcia D, Barbeau E, Bishop JA, Pan J, Emmons KM. Undoing an epidemiological paradox: the tobacco industry's targeting of US Immigrants. *Am J Public Health.* 2004; 94(12):2188-2193.
93. Centers for Disease Control and Prevention. Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs – 2007. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health. 2007.
94. Campaign for Tobacco-Free Kids. A Decade of Broken Promises: The 1998 State Tobacco Settlement Ten Years Later, Washington, DC: National Center for Tobacco-Free Kids. 2008.
95. Boffetta P, Hashibe M, La Vecchia C, Zatonski W, Rehm J. The burden of cancer attributable to alcohol drinking. *Int J Cancer.* 2006; 119:884-887.
96. Doll R, Forman D, La Vecchia C, Woutersen R. Alcoholic beverages and cancers of the digestive tract and larynx. In: McDonald I, (Editor). Health issue related to alcohol consumption. Second Ed. Oxford: Blackwell. 1995.
97. Schatzkin A, Longnecker M. Alcohol and breast cancer. Where are we now and where do we do from here? *Cancer* 1994; 74:1101-1110.
98. Marin G, Marin M. Differential perceptions of drinkers of alcoholic beverages by Mexican-Americans and non-Hispanic whites. *Subst Use Misuse.* 1997; 32(10):1369-1384.
99. Slone LB, Norris FH, Gutiérrez Rodríguez F, Gutiérrez Rodríguez Jde J, Murphy AM, Perilla JL. Alcohol use and misuse in urban Mexican men and women: An Epidemiologic perspective. *Drug Alcohol Depend.* 2006; 85(2):163-170.
100. Komro KA, Perry CL, Veblen-Mortenson S, Farbaksh K, Toomey TL, Stigler MH, Jones-Webb R, Kugler KC, Pasch KE, Williams CL. Outcomes from a randomized controlled trial of a multi-component alcohol use preventive intervention for urban youth: project northland Chicago. *Addiction.* 2008; 103(4):606-618.
101. Rowe CL, Liddle HA. Family-based treatment development for adolescent alcohol abuse. *Int J Adolesc Med Health.* Jan-Mar;18. 2006; 18(1):43-51.
102. Copello AG, Velleman RD, Templeton LJ. Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug Alcohol Rev.* 2005; 24(4):369-385.
103. International Agency for Research on Cancer. Handbook of Cancer Prevention, Vol 6. Weight Control and Physical Activity. International Agency for Research on Cancer (IARC) Lyon, France 2002.
104. Ogden C, Carroll M, Curtin L, McDowell M, Tabak C, Flegal K. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *JAMA.* 2006; 295(13):1549-1555.
105. Ogden C, Carroll MD, McDowell MA, Flegal KM. NCHS Data Brief Obesity among adults in the United States: No statistically significant change since 2003-2004: National Center for Health Statistics, CDC, USDHHS;2007.

106. 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.
107. Kushi LH, Byers T, Doyle C, 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.* 2006; 56(5):254-281.
108. Institute of Medicine. Preventing Childhood Obesity: Health in the Balance. (Eds.) Koplan JP, Liverman CT, Kraak VI. Institute of Medicine, Washington, DC. 2005.
109. Serdula M, Ivery D, Coates R, Freedman D, Williamson D, Byers T. Do obese children become obese adults? A review of the literature. *Prev Med.* 1993; 22:167-177.
110. Dietz W. Health consequences of obesity in youth: Childhood predictors of adult disease. *Pediatrics.* 1998; 105:518-525.
111. Odgen CL, Flegal KM, Carroll MD, Johnson C. Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999-2000. *JAMA.* 2002; 288(14):1723-1737.
112. Gortmaker S, Peterson K, Wiecha J, et al. Reducing obesity via a school-based interdisciplinary intervention among youth: Planet Health. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999; 153(4):409-418.
113. Ogden CL, Carroll MD, Flegal KM. High body mass index for age among US children and adolescents, 2003-2006. *JAMA.* 2008; 299(20):2401-2405.
114. Balcazar H, Alvarado M, Hollen ML, Gonzalez-Cruz Y, Hughes O, Vazquez E, Lykens K. Salud Para Su Corazon-NCLR: a comprehensive Promotora outreach program to promote heart-healthy behaviors among hispanics. *Health Promot Pract.* 2006; 7(1):68-77.
115. Collins JL, Wechsler H. The VERB™ Campaign Not About Health, All About Fun: Marketing Physical Activity to Children. *Am J Prev Med.* 2008; 36 (Suppl 6):S171-S172
116. Sallis JF, Glanz K. Physical Activity and Food Environments: Solutions to the Obesity Epidemic. *Milbank Quarterly.* 2009; 87(1):123-154.
117. Powell LM, Chaloupka FJ, Slater SJ, Johnston LD, O'Malley PM. The availability of local-area commercial physical activity-related facilities and physical activity among adolescents. *Am J Prev Med.* 2007; 33(4 Suppl):S292-300.
118. Paso del Norte Health Foundation, Newsletter 2006. New Study Shows Drop in Obesity Rates for El Paso Children, Data are from the School Physical Activity and Nutrition (SPAN) survey, El Paso, TX, Available at pdnhf.org/documents/476pnhfjuly06.pdf (Accessed on May 14, 2009).
119. Desjardins E, Schwartz AL. Collaborating To Combat Childhood Obesity. *Health Affairs.* 2007; 26 (no 2):567-571.
120. Smith RA, Cokkinides V, Brawley OW. Cancer Screening in the U.S., 2009: A Review of Current American Cancer Society Guidelines and Issues in Cancer Screening. *CA Cancer J Clin.* 2009; 59(1):27-41.
121. Breen N, Wagener DK, Brown ML, Davis WW, Ballard-Barbash R. Progress in cancer screening over a decade: results of cancer screening from the 1987, 1992, and 1998 National Health Interview Surveys. *J Natl Cancer Inst.* Nov 21 2001; 93(22):1704-1713.
122. Breen N, A Cronin K, Meissner HI, Taplin SH, Tangka FK, Tiro JA, McNeel TS. Reported drop in mammography : is this cause for concern? *Cancer.* 2007; 109(12):2405-2409.
123. Otero-Sabogal R, Owens D, Canchola J, Golding JM, Tabnak F, Fox P. Mammography rescreening among women of diverse ethnicities: patient, provider, and health care system factors. *J Health Care Poor Underserved.* Aug 2004; 15(3):390-412.
124. Smith-Bindman R, Miglioretti D, 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.
125. Saslow D, Runowicz C, Solomon D, et al. American Cancer Society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. *CA Cancer J Clin.* 2002; 52(6):342-362.
126. Jerant AF, Franks P. Factors associated with Hispanic/non-Hispanic white colorectal cancer screening disparities. *J Gen Intern Med.* 2008; 23(8):1241-1245.
127. Jerant AF, Fenton JJ, Franks P. Determinants of racial/ethnic colorectal cancer screening disparities. *Arch Intern Med.* 2008; 168(12):1317-1324.
128. Phillips K, Mayer M, Aday L. Barriers to care among racial/ethnic groups under managed care. *Health Aff.* 2000; 19(4):65-75.
129. Makoul G, Cameron KA, Baker DW, Francis L, Scholtens D, Wolf MS. A multimedia patient education program on colorectal cancer screening increases knowledge and willingness to consider screening among Hispanic/Latino patients. *Patient Educ Couns.* 2009; Aug;76(2):220-226.
130. Cameron KA, Francis L, Wolf MS, Baker DW, Makoul G. Investigating Hispanic/Latino perceptions about colorectal cancer screening: a community-based approach to effective message design. *Patient Educ Couns.* 2007; 68(2):145-152.
131. Chin MH, Walters AE, Cook SC, Huang ES. Interventions to reduce racial and ethnic disparities in health care. *Med Care Res Rev.* 2007; 64(5 suppl):7S-28S.
132. Fisher TL, Burnet DL, Huang ES, Chin MH, Cagney KA. Cultural leverage: interventions using culture to narrow racial disparities in health care. *Med Care Res Rev.* 2007; 64(5 suppl):243S-282S.
133. Halle M, Lewis CB, Seshamani M. Health Disparities: a case for closing the gap. 2009; healthreform.gov/reports/healthdisparities/index.html. Accessed June 11, 2009.
134. Centers for Disease Control and Prevention. Tobacco use, access, and exposure to tobacco in media among middle and high school students – United States, 2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* April 1 2005; 54(12).
135. Jointpoint Regression Program, Version 3.0. April 2005; Statistical Research and Applications Branch, National Cancer Institute [computer program] 2006.
136. NAACCR Latino Research Work Group. *NAACCR Guideline for Enhancing Hispanic/Latino Identification: Revised NAACCR Hispanic/Latino Identification Algorithm [NHIA v2]*. Springfield (IL): North American Association of Central Cancer Registries. September 2005.
137. 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.* Aug 2009; 18(8):2162-2169.

Chartered Divisions of the American Cancer Society, Inc.

California Division, Inc.

1710 Webster Street
Oakland, CA 94612
(510) 893-7900 (O)
(510) 835-8656 (F)

Eastern Division, Inc. (NJ, NY)

6725 Lyons Street
East Syracuse, NY 13057
(315) 437-7025 (O)
(315) 437-0540 (F)

Florida Division, Inc. (incluso las operaciones de Puerto Rico)

3709 West Jetton Avenue
Tampa, FL 33629-5146
(813) 253-0541 (O)
(813) 254-5857 (F)

Puerto Rico

Calle Alverio #577
Esquina Sargento Medina
Hato Rey, PR 00918
(787) 764-2295 (O)
(787) 764-0553 (F)

Great Lakes Division, Inc. (MI, IN)

1755 Abbey Road
East Lansing, MI 48823-1907
(517) 332-2222 (O)
(517) 664-1498 (F)

Great West Division, Inc.

**(AK, AZ, CO, ID, MT, ND, NM,
NV, OR, UT, WA, WY)**

2120 First Avenue North
Seattle, WA 98109-1140
(206) 283-1152 (O)
(206) 285-3469 (F)

High Plains Division, Inc. (incluso las operaciones de Hawái, KS, MO, NE, OK, TX)

2433 Ridgepoint Drive
Austin, TX 78754
(512) 919-1800 (O)
(512) 919-1844 (F)

Hawaii Pacific Division, Inc.

2370 Nuuanua Avenue
Honolulu, HI 96817
(808) 595-7500 (O)
(808) 595-7502 (F)

Illinois Division, Inc.

225 N. Michigan Avenue
Suite 1200
Chicago, IL 60601
(312) 641-6150 (O)
(312) 641-3533 (F)

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

1100 Ireland Way
Suite 300
Birmingham, AL 35205-7014
(205) 930-8860 (O)
(205) 930-8877 (F)

Midwest Division, Inc. (IA, MN, SD, WI)

8364 Hickman Road
Suite D
Des Moines, IA 50325
(515) 253-0147 (O)
(515) 253-0806 (F)

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

30 Speen Street
Framingham, MA 01701-9376
(508) 270-4600 (O)
(508) 270-4699 (F)

Ohio Division, Inc.

5555 Frantz Road
Dublin, OH 43017
(614) 889-9565 (O)
(614) 889-6578 (F)

Pennsylvania Division, Inc.

Route 422 and Sipe Avenue
Hershey, PA 17033-0897
(717) 533-6144 (O)
(717) 534-1075 (F)

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

250 Williams Street
Atlanta, GA 30303
(404) 816-7800 (O)
(404) 816-9443 (F)



Salvamos vidas y logramos que celebres más cumpleaños al ayudarte a seguir bien, a estar bien, a encontrar curas y a luchar.

cancer.org/español | 1.800.227.2345