

Datos y Estadísticas
sobre el Cáncer
entre los Hispanos/Latinos

2012-2014



PARA QUE CUMPLAS
MUCHOS MÁS.™

Contenido

Panorama general	1
Principales tipos de cáncer	7
Tipos de cáncer de mayor incidencia entre los hispanos	10
El cáncer en los niños y adolescentes	13
Factores de riesgo del cáncer	16
Pruebas de detección del cáncer	23
Guías de exámenes de detección	25
Factores que influyen en la salud: Estado socioeconómico y valores y creencias culturales	26
Cómo la Sociedad Americana Contra El Cáncer ayuda a salvar vidas y reducir las disparidades del cáncer	28
Recursos adicionales	30
Fuentes estadísticas	31
Factores que influyen en las tasas de incidencia del cáncer	32
Referencias	33

Agradecimientos

La elaboración de este informe no hubiera sido posible sin la colaboración de las siguientes personas: Priti Bandi, MS; Ermilo Barrera, MD; Keona Graves; Trista Hargrove, MA; Melissa Maitin-Shepard, MPP; Deepa Naishadham, MA, MS; Mona Shah, PhD, MPH; Edgar Simard, PhD, 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 de la Sociedad Americana Contra El Cáncer, Atlanta, Georgia.

Si desea más información dirijase a:

Rebecca Siegel, MPH
Vilma Cokkinides, PhD, MSPH
Ahmedin Jemal, PhD
Surveillance Research

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

©2012, 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 dirijirse a:
Legal department of the American Cancer Society,
250 Williams Street, NW, Atlanta, GA 30303-1002.

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

Citas recomendadas: American Cancer Society. *Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos 2012-2014*. Atlanta: Sociedad Americana Contra El Cáncer, 2012.

Panorama general

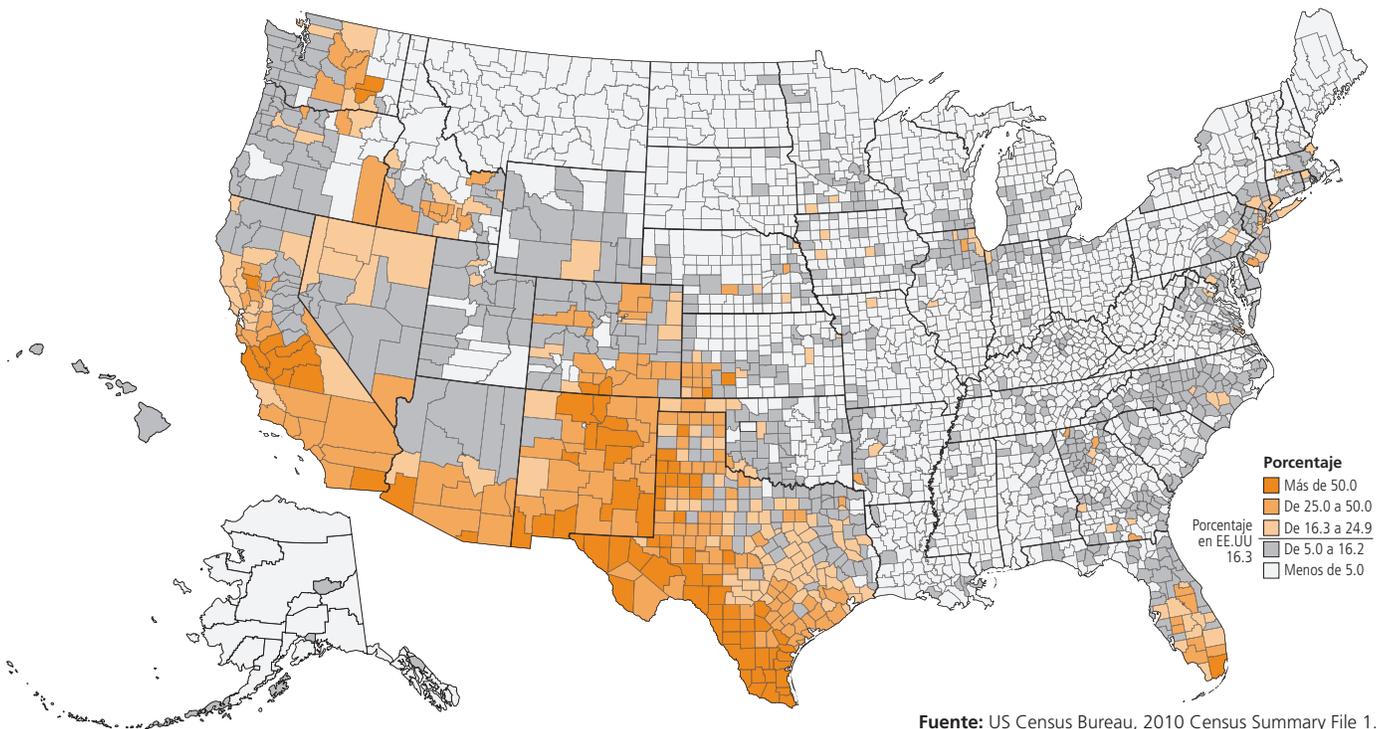
Introducción

De acuerdo con la Oficina del Censo de EE.UU., 50.5 millones de estadounidenses, o sea un total del 16% de la población de EE.UU., se identificaron como hispanos o latinos en 2010^{1,2}. 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. Es un concepto diferente a la raza, y por lo tanto las personas de origen hispano pueden ser de cualquier raza. “Latino” es un término de etnicidad autodesignado. En este documento ambos términos se usan indistintamente sin preferencias ni prejuicios. Los hispanos son el grupo minoritario más grande, de crecimiento más rápido y más joven en Estados Unidos. Entre los años 2000 y 2010 la población hispana creció un 43%, cuatro veces el crecimiento de la población total. En 2010, un 30% de los hispanos en EE.UU. eran menores de 15 años, en comparación con el 19% de los no hispanos². Aproximadamente un 37% de los hispanos nacieron fuera de EE.UU. La mayoría de los hispanos son de ascendencia mexicana (63%), seguidos de los puertorriqueños (9%), centroamericanos (8%), sudamericanos (6%), cubanos (4%) y otras personas de orígenes diversos¹

La población hispana no está distribuida uniformemente en EE.UU., un 41% está concentrada en el oeste y un 36% en el sur (figura 1). Más de la mitad de todos los hispanos viven en California (28%), Texas (19%) o Florida (8%). Entre los estados hay una variación substancial en la población hispana por país de origen. Por ejemplo, los mexicoamericanos comprenden más del 80% de la población hispana tanto en Texas como en California, en comparación con sólo un 15% 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 EE.UU., tomadas del censo de 2000, a fin de poder comparar entre grupos de poblaciones con diferentes distribuciones de edad. El propósito de esta publicación es a informar a los líderes, trabajadores de los sectores de medicina y salud pública, así como a otras personas interesadas en la prevención, la detección temprana y el tratamiento del cáncer de los hispanos. Es importante hacer notar que la mayoría de los datos de cáncer de los hispanos en EE.UU. se reporta como si fuera un solo grupo, y esto oculta diferencias que existen entre las subpoblaciones de hispanos de diferente país de origen. Por ejemplo, un estudio de los hispanos adultos 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)³.

Figura 1. Distribución de la población hispana como porcentaje de la población total por condado, 2010



¿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 el desarrollo del cáncer. Los cánceres asociados con agentes infecciosos son mucho más comunes entre los hispanos que entre los no hispanos; uno de cada seis casos nuevos de cáncer en América Latina, en comparación con uno de cada 25 casos nuevos de cáncer en América del Norte, se atribuye a agentes infecciosos⁴. Con frecuencia transcurren diez años o más entre la exposición a 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?

Un gran número de casos de cáncer se podría prevenir con la adopción de estilos de vida más saludables, como no fumar, mantener un peso corporal saludable y ser físicamente activo. La mayoría de los cánceres causados por el uso del tabaco y el uso excesivo 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 de colon y recto 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 con exámenes exploratorios. Casi todos los cánceres de cuello uterino se pueden prevenir mediante la detección y eliminación de lesiones cervicales precancerosas, así como con la vacunación contra el virus del papiloma humano. Las pruebas de detección pueden descubrir los cánceres de seno, de colon y recto y de cuello uterino en una etapa inicial, con lo cual aumentan las probabilidades de éxito del tratamiento.

¿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). Sin embargo, como la población hispana es joven, una mayor proporción de cánceres se diagnostica a edades más jóvenes; 26% de los diagnósticos de cáncer entre los hispanos se hacen en personas menores de 50 años de edad, en comparación con sólo 12% entre los blancos no hispanos.

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

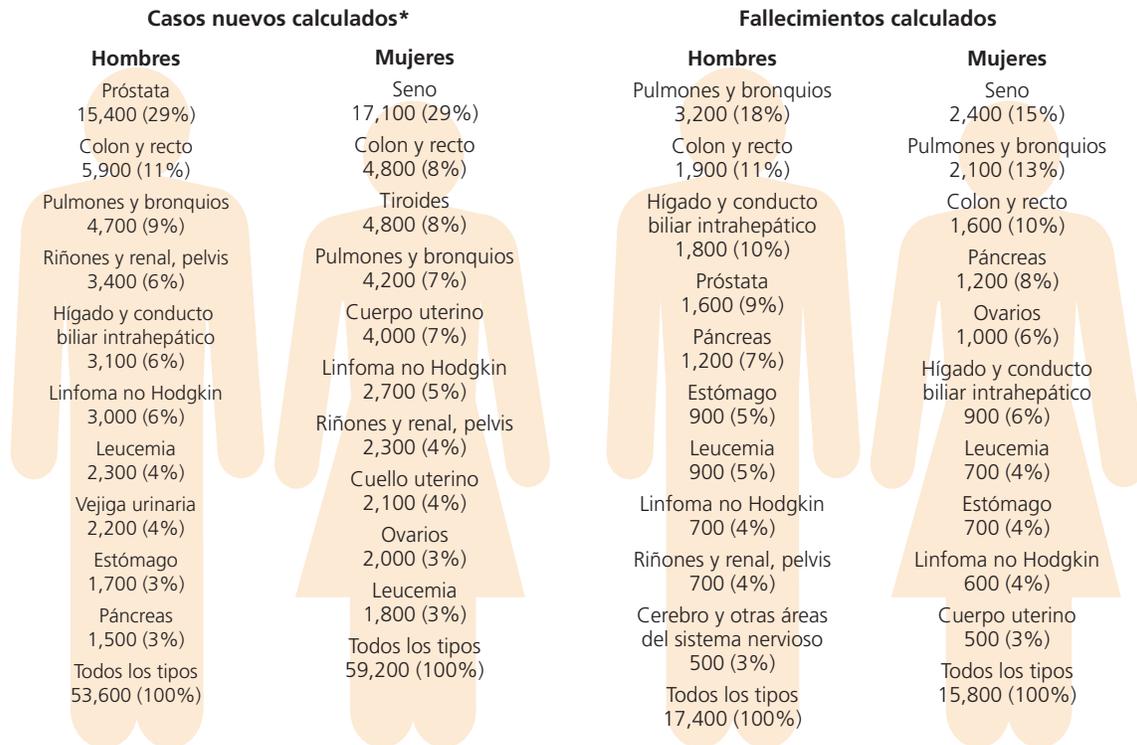
Tabla 1. Probabilidades (%) de desarrollar un cáncer invasivo entre los hispanos/latinos según ciertos grupos de edad, EE.UU., 2007 a 2009*

		Del nacimiento a 39 años	De 40 a 59	De 60 a 69	70 años en adelante	Del nacimiento a la muerte
Todas las áreas del cuerpo†	Hombres	1.20 (1 en 83)	6.06 (1 en 17)	12.11 (1 en 8)	35.43 (1 en 3)	40.63 (1 en 2)
	Mujeres	1.90 (1 en 53)	7.56 (1 en 13)	8.38 (1 en 12)	24.76 (1 en 4)	35.03 (1 en 3)
Seno	Female	0.40 (1 en 252)	3.03 (1 en 33)	2.65 (1 en 38)	4.97 (1 en 20)	9.83 (1 en 10)
Colon y recto	Hombres	0.06 (1 en 1,580)	0.80 (1 en 125)	1.27 (1 en 78)	4.16 (1 en 24)	5.13 (1 en 20)
	Mujeres	0.06 (1 en 1,554)	0.62 (1 en 162)	0.85 (1 en 117)	3.33 (1 en 30)	4.31 (1 en 23)
Hígado y conducto biliar intrahepático	Hombres	0.02 (1 en 5,777)	0.49 (1 en 203)	0.59 (1 en 169)	1.13 (1 en 89)	1.88 (1 en 53)
	Mujeres	0.01 (1 en 8,781)	0.11 (1 en 938)	0.21 (1 en 477)	0.82 (1 en 122)	1.02 (1 en 98)
Pulmones y bronquios	Hombres	0.02 (1 en 6,188)	0.36 (1 en 280)	1.09 (1 en 92)	4.80 (1 en 21)	5.02 (1 en 20)
	Mujeres	0.02 (1 en 5,419)	0.34 (1 en 292)	0.83 (1 en 121)	3.11 (1 en 32)	3.80 (1 en 26)
Melanoma de la piel	Hombres	0.02 (1 en 4,510)	0.08 (1 en 1,254)	0.11 (1 en 920)	0.43 (1 en 235)	0.52 (1 en 191)
	Mujeres	0.05 (1 en 2,089)	0.13 (1 en 763)	0.10 (1 en 1,023)	0.29 (1 en 350)	0.51 (1 en 194)
Próstata	Hombres	0.01 (1 en 15,266)	1.71 (1 en 58)	5.34 (1 en 19)	11.48 (1 en 8)	14.57 (1 en 7)
Estómago	Hombres	0.02 (1 en 4,191)	0.22 (1 en 452)	0.42 (1 en 240)	1.57 (1 en 64)	1.82 (1 en 55)
	Mujeres	0.03 (1 en 3,178)	0.16 (1 en 634)	0.21 (1 en 482)	0.95 (1 en 105)	1.20 (1 en 83)
Cuello uterino	Mujeres	0.19 (1 en 533)	0.38 (1 en 264)	0.20 (1 en 498)	0.36 (1 en 281)	1.05 (1 en 95)

* Para aquellas personas sin cáncer al inicio del intervalo de edades. Basado en los diagnósticos de casos de cáncer durante 2007 o 2009. † Todas las áreas del cuerpo excluyen 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 6.6.1. Sección de Aplicaciones e Investigación Estadística, Instituto Nacional del Cáncer, 2012. <http://srab.cancer.gov/devcan>.

Figura 2. Áreas principales del cuerpo afectadas por nuevos casos de cáncer* y fallecimiento entre los hispanos, cálculos para 2012



* Se excluyen todos los cánceres de células basales y células escamosas de la piel y carcinomas in situ, excepto de la vejiga urinaria. Los cálculos se redondearon a la centena más cercana.

©2012, Sociedad Americana Contra El Cáncer, Surveillance Research

Tabla 2. Principales causas de mortalidad entre los hispanos y los blancos no hispanos, EE.UU., 2009

	Hispanos				Blancos no hispanos			
	Rango	Número de fallecimientos	Porcentaje de fallecimientos totales	Tasa de mortalidad*	Rango	Número de fallecimientos	Porcentaje de fallecimientos totales	Tasa de mortalidad*
Todas las edades								
Cáncer	1	29,935	21.1	114.8	2	457,189	23.5	177.4
Enfermedades del corazón	2	29,611	20.9	124.2	1	485,779	25.0	180.9
Accidentes (lesiones involuntarias)	3	10,654	7.5	26.1	5	91,416	4.7	40.7
Enfermedades cerebrovasculares	4	7,065	5.0	29.5	4	101,703	5.2	37.8
Diabetes	5	6,311	4.5	25.6	7	47,851	2.5	18.4
Todas las causas		141,576	100.0	523.1		1,944,606	100.0	748.1
Niños de 1 a 14 años de edad								
Accidentes	1	656	30.1	4.8	1	1,668	33.0	5.1
Cáncer	2	315	14.5	2.4	2	673	13.3	2.1
Anormalidades congénitas (defectos de nacimiento)	3	193	8.9	1.3	3	422	8.4	1.3
Agresión (homicidio)	4	147	6.8	1.1	4	258	5.1	0.8
Pulmonía e influenza	5	97	4.5	0.7	5	179	3.5	0.5
Todas las causas		2,176	100.0	16.0		5,048	100.0	15.5

*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., Centro Nacional de Datos Estadísticos sobre Salud, Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades, 2012.

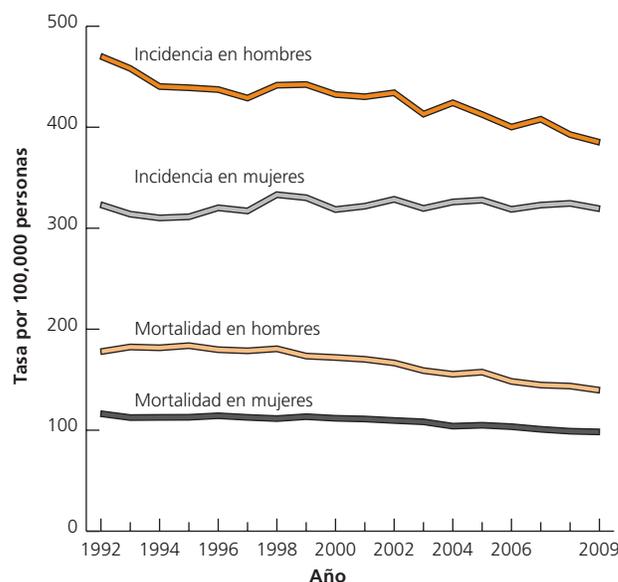
seis entre las mujeres hispanas. El cáncer es la principal causa de mortalidad entre los hispanos, y representa un 21% de los fallecimientos en general y un 15% de fallecimientos entre los niños (tabla 2, página 3).

¿Cuántos casos nuevos de cáncer y fallecimientos se esperan en 2012?

Casos nuevos: Se espera que en 2012 se diagnostiquen aproximadamente 53,600 casos nuevos entre los hombres hispanos y 59,200 casos nuevos entre las mujeres hispanas (figura 2, página 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 de colon y recto y de pulmón serán el segundo y el tercer cáncer más comúnmente diagnosticado entre los hombres hispanos; mientras que entre las mujeres los cánceres de colon y recto y de tiroides serán el segundo y tercero, respectivamente.

Mortalidad: Se espera que en 2012 aproximadamente 17,400 hombres hispanos y 15,800 mujeres hispanas fallezcan a causa de cáncer (figura 2, página 3). Se espera que entre los hombres el cáncer de pulmón represente aproximadamente un 18% del total, seguido por los cánceres de colon y recto (11%) y del hígado (10%). Entre las mujeres, el cáncer de seno es la principal causa de fallecimiento por cáncer (15%), seguido por el cáncer de pulmón (13%) y el cáncer de colon y recto (10%). En contraste, la principal causa de fallecimiento por cáncer entre las mujeres no hispanas es el cáncer de pulmón.

Figura 3. Tendencias en las tasas de incidencia y mortalidad de todos los cánceres combinados entre los hispanos, 1992-2009



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

Fuente de los datos: Incidencia: Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (Surveillance, Epidemiology, and End Results, SEER), 13 áreas SEER excepto el Registro de Nativos de Alaska y el Instituto Nacional del Cáncer, 2012. Mortalidad: Centro Nacional de Datos Estadísticos sobre Salud, Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades, 2012. Se excluyeron los fallecimientos de Connecticut, Distrito de Columbia, Maine, Maryland, Minnesota, New Hampshire, New York, North Dakota, Oklahoma, South Carolina y Vermont debido al gran número de personas de origen/grupo étnico desconocido.

Tabla 3. Tasas de incidencia y mortalidad del cáncer* y relación proporcional entre hispanos y blancos no hispanos, 2005-2009

Incidencia	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	418.7	556.6	0.8*	333.2	433.9	0.8*	146.3	221.9	0.7*	100.5	154.7	0.6*
Próstata	124.9	143.2	0.9*	–	–	–	17.8	21.9	0.8*	–	–	–
Seno	–	–	–	93.0	126.6	0.7*	–	–	–	14.9	23.0	0.6*
Colon y recto	46.9	53.4	0.9*	33.3	39.8	0.8*	15.3	19.8	0.8*	10.2	13.8	0.7*
Pulmones y bronquios	45.4	85.7	0.5*	26.6	60.5	0.4*	30.8	68.0	0.5*	14.0	43.1	0.3*
Estómago	13.5	7.9	1.7*	8.1	3.5	2.3*	7.3	4.0	1.8*	4.3	2.0	2.2*
Cuello uterino	–	–	–	11.8	7.2	1.6*	–	–	–	3.0	2.1	1.5*
Hígado y conducto biliar intrahepático	17.5	8.3	2.1*	6.6	2.8	2.4*	11.8	7.0	1.7*	5.3	2.9	1.9*
Tiroides	4.6	6.7	0.7*	17.2	18.9	0.9*	0.5	0.5	1.1	0.6	0.5	1.4*
Leucemia linfocítica aguda	2.6	1.7	1.5*	2.1	1.3	1.6*	0.8	0.5	1.5*	0.7	0.4	1.9*
Vesícula biliar	1.3	0.7	1.8*	2.8	1.2	2.4*	0.6	0.4	1.5*	1.3	0.7	1.9*

Las tasas son por 100,000 habitantes y se ajustan por edades a la población estándar de EE.UU. del año 2000. Las personas de origen hispano pueden ser de cualquier raza. *La diferencia entre las tasas de los hispanos y de los blancos no hispanos es significativa (P < 0.05). † La relación proporcional es la tasa no redondeada de los hispanos dividida entre la tasa correspondiente a los blancos no hispanos.

Fuente de los datos: Incidencia: Asociación Norteamericana de Registros Centrales de Cáncer, 2012. Los datos de la incidencia se basan en el Algoritmo de Identificación Hispana de NAACCR (NHIA). Mortalidad: Centro Nacional de Datos Estadísticos sobre Salud, Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades, 2012

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

Tendencias en las tasas de incidencia del cáncer: Las tasas de incidencia del cáncer para los hispanos han estado disponibles desde 1992. El análisis de los 10 años más recientes sobre los cuales hay datos disponibles (2000 - 2009) indica que las tasas de incidencia de todos los cánceres combinados entre los hombres hispanos disminuyeron un promedio de 1.7% al año (figura 3), en comparación con las reducciones de 1.4% entre los hombres afroamericanos y 1.0% entre los hombres blancos no hispanos. En el mismo periodo de tiempo, las tasas de incidencia de todos los casos de cáncer combinados entre las mujeres disminuyeron anualmente 0.3% entre las hispanas y 0.2% entre las blancas no hispanas, y permanecieron inalteradas entre las afroamericanas. Es importante darse cuenta que como la población hispana en EE.UU. es muy dinámica como resultado del flujo de inmigrantes nuevos, las tendencias reflejan el riesgo de cáncer de los hispanos entrantes y los cambios en el riesgo de los residentes establecidos.

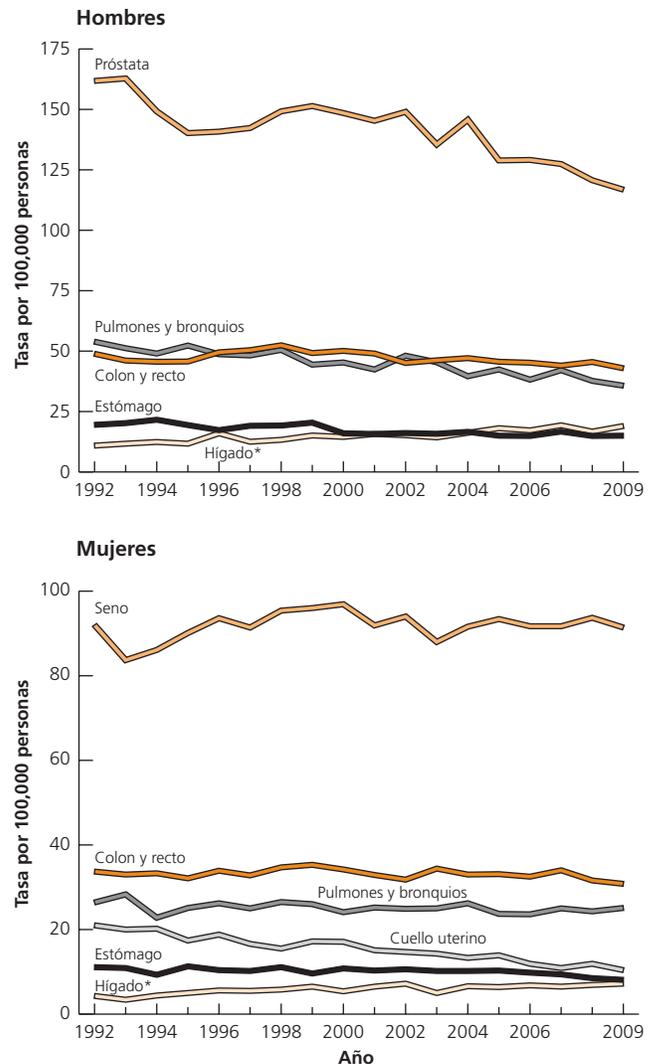
Tendencias en las tasas de mortalidad del cáncer: Las tasas de mortalidad de todos los cánceres combinados disminuyeron durante el intervalo comprendido entre 2000 y 2009 un promedio del 2.3% anual entre los hombres hispanos y del 1.4% anual entre las mujeres hispanas. La reducción anual media entre los blancos no hispanos en el mismo intervalo de tiempo fue de 1.5% en los hombres y 1.3% en las mujeres.

Principales diferencias en la carga que el cáncer impone en los hispanos y en los blancos no hispanos

Tasas de incidencia y mortalidad: En la tabla 3 se indican las diferencias en las tasas de incidencia y mortalidad del cáncer entre los hispanos y 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, colon y recto, 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 las figuras 4 y 5 de la página 6 se muestran las tendencias en la incidencia del cáncer y las tasas de fallecimiento entre los hispanos por tipos específicos de cáncer. Es importante reiterar que las estadísticas reportadas para todos los hispanos combinados oculta una amplia variación en la carga que impone el cáncer en poblaciones específicas de acuerdo con el país de origen.

La incidencia y mortalidad del 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, colon y recto, pulmón y próstata es generalmente más baja en América

Figura 4. Tasas de incidencia del cáncer entre los hispanos por tipo de cáncer, 1992-2009



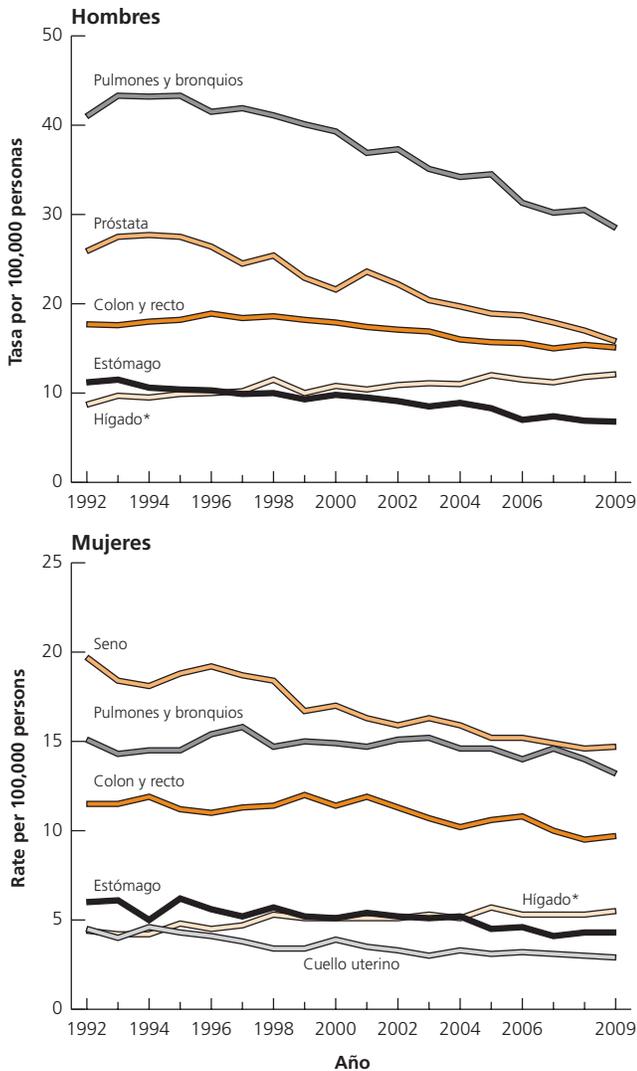
Estas tasas se ajustaron por edades a la población estándar de EE.UU. en 2000. Las personas de origen hispano/latino pueden ser de cualquier raza. *Incluye el conducto biliar intrahepático.

Fuente de los datos: Incidencia: Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (Surveillance, Epidemiology, and End Results, SEER), 13 áreas SEER excepto el Registro de Nativos de Alaska y el Instituto Nacional del Cáncer, 2012. Mortalidad: Centro Nacional de Datos Estadísticos sobre Salud, Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades, 2012. Se excluyeron los fallecimientos de Connecticut, Distrito de Columbia, Maine, Maryland, Minnesota, New Hampshire, New York, North Dakota, Oklahoma, South Carolina y Vermont debido al gran número de personas de origen/grupo étnico desconocido.

Sociedad Americana Contra El Cáncer, Surveillance Research, 2012

Central y América del Sur, mientras que las tasas de incidencia de los cánceres de cuello uterino, de hígado y de estómago es más alta⁵. Existe 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 aculturación⁶⁻⁸. El término aculturación, o asimilación, hace referencia al proceso por el cual los emigrantes adoptan las actitudes, valores, costumbres,

Figura 5. Tasas de mortalidad por cáncer entre los hispanos por tipo de cáncer, 1992-2009



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

Fuente de los datos: Incidencia: Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (Surveillance, Epidemiology, and End Results, SEER), 13 áreas SEER excepto el Registro de Nativos de Alaska y el Instituto Nacional del Cáncer, 2012. Mortalidad: Centro Nacional de Datos Estadísticos sobre Salud, Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades, 2012. Se excluyeron los fallecimientos de Connecticut, Distrito de Columbia, Maine, Maryland, Minnesota, New Hampshire, New York, North Dakota, Oklahoma, South Carolina y Vermont debido al gran número de personas de origen/grupo étnico desconocido. Sociedad Americana Contra El Cáncer, Surveillance Research, 2012

saludables (como fumar y consumir alcohol en exceso) y la reducción de la calidad alimentaria y la actividad física. En un estudio se determinó que las tasas generales de fallecimiento por cáncer eran un 22% más altas entre los hispanos nacidos en EE.UU. que entre los hispanos nacidos en otro país¹⁰.

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, generalmente tienen menos probabilidades de que su cáncer se diagnostique en una etapa localizada, particularmente en los casos de melanoma y de cáncer de seno (figura 6, página 8).

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. Sin embargo, como históricamente los datos de supervivencia esperada no han estado disponibles para los hispanos, en este reporte se usa una medida diferente llamada supervivencia específica de la causa para describir la supervivencia. 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 de la página 9, la mayor diferencia en supervivencia se encuentra en el melanoma; entre los hombres, aproximadamente un 87% de blancos no hispanos sobreviven cinco años después del diagnóstico, en comparación con sólo un 77% de hispanos. Esta diferencia en supervivencia puede deberse a una mayor proporción de tumores densos y a la etapa tardía del cáncer al diagnóstico entre los hispanos^{11, 12}. 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.

creencias y conductas de su nueva cultura. Los efectos de la aculturación son complejos y se pueden asociar con influencias positivas y negativas en la salud⁹. Por ejemplo, entre los inmigrantes hispanos a EE.UU. la asimilación puede dar como resultado un mejor acceso a la atención médica y a servicios preventivos, así como la adopción de comportamientos poco

Principales tipos de cáncer

Seno (mujeres)

Casos nuevos: El cáncer de seno es el cáncer más comúnmente diagnosticado entre las mujeres hispanas; en 2012 se espera que aproximadamente 17,100 mujeres hispanas sean diagnosticadas con esta enfermedad. De 2000 a 2009, las tasas de incidencia de cáncer de seno disminuyeron de 97.2 (por 100,000) a 93.0 entre las mujeres hispanas, y de 138.1 a 128.4 entre las mujeres blancas no hispanas.

La tasa de incidencia de cáncer de seno entre las mujeres hispanas es 26% menor que la de las mujeres blancas no hispanas (tabla 3, página 4). En la población hispana, la tasa de incidencia es 50% menor entre las mujeres nacidas en otros países que entre las nacidas en EE.UU.¹³ Estas diferencias del riesgo se atribuyen principalmente a diferencias en la prevalencia de factores de riesgo de cáncer de seno¹⁴. Por ejemplo, aproximadamente un 7% de la reducción del riesgo en las mujeres hispanas se explica por patrones reproductores más protectores (edad menor al primer parto y un mayor número de partos)^{15,16}. También puede reflejar un menor uso de terapia de sustitución hormonal y diagnósticos insuficientes debido a la menor utilización de mamografías¹⁷⁻¹⁹; en 2010, entre las mujeres de 40 años de edad y más, un 64% de hispanas y un 67% de blancas no hispanas reportaron haberse hecho un mamograma en los últimos dos años²⁰. Otros factores que aumentan el riesgo de cáncer de seno incluyen la edad, antecedentes familiares, menarquia temprana, menopausia tardía, obesidad postmenopáusica, consumo de alcohol e inactividad física. Los estudios que examinan la talla corporal y los cambios de peso relacionados con el riesgo de cáncer de seno indican que la relación entre masa corporal y cáncer de seno puede diferir entre los diferentes grupos étnicos²¹⁻²³. La variación étnica de los factores genéticos que influyen en el desarrollo de cáncer de seno también puede contribuir a las diferencias en el riesgo²⁴⁻²⁶.

Mortalidad: En 2012 se espera que ocurran aproximadamente 2,400 fallecimientos por cáncer de seno entre las mujeres hispanas. El cáncer de seno es la causa principal de los fallecimientos por cáncer entre las mujeres hispanas. Durante el periodo de 2000 a 2009, las tasas de mortalidad por cáncer de seno disminuyeron aproximadamente 1.6% al año entre las mujeres hispanas y 2.0% entre las mujeres blancas no hispanas.

Distribución por etapas y supervivencia: En las mujeres hispanas es menos probable que el cáncer de seno se diagnostique en sus etapas tempranas 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 detección²⁷. Durante el periodo comprendido entre 2005 y 2009, 56% de los cánceres de seno en las mujeres hispanas se diagnosticaron en la etapa local, en comparación con un 64% entre las mujeres

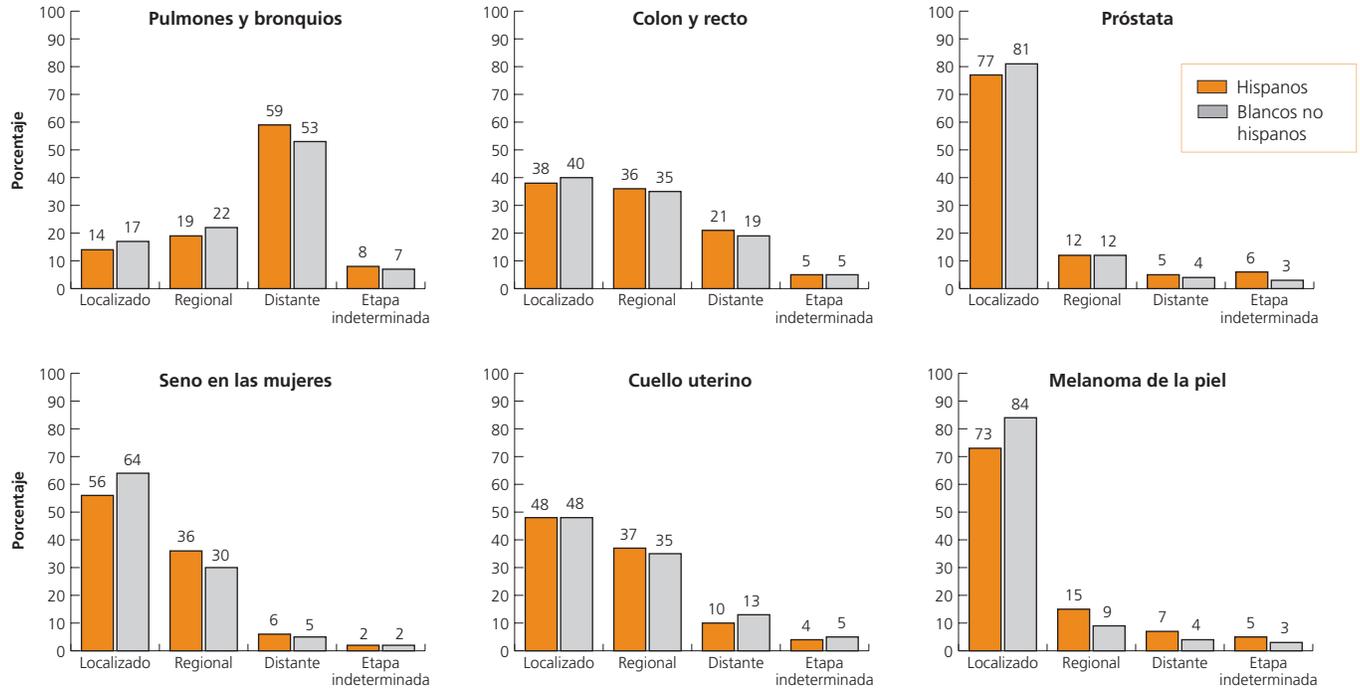
blancas no hispanas (figura 6, página 8). Entre las mujeres hispanas, las menores tasas de utilización de mamografías y el seguimiento demorado de resultados exploratorios anormales o de anomalías en el seno descubiertas por las mujeres mismas probablemente contribuyen a esta diferencia^{20,28,29}. Las mujeres hispanas también tienen más probabilidades de ser diagnosticadas con tumores de mayor tamaño y sin receptores de hormonas, ambos de los cuales son más difíciles de tratar^{30,31}. Sin embargo, aún cuando la edad, la etapa y las características del tumor son similares, las mujeres hispanas tienen más probabilidades de fallecer de cáncer de seno que las mujeres blancas no hispanas³⁰. Las diferencias en el acceso a la atención médica y al tratamiento probablemente contribuyen a esta disparidad^{32,33}. 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 demostrado reducir las diferencias en el tratamiento del cáncer de seno³⁴. Las tasas de supervivencia de cinco años específicas de cáncer de seno local, regional y de etapa distante diagnosticado en las mujeres hispanas son de 96%, 83% y 26%, respectivamente.

Colon y recto

Casos nuevos: En 2012 se espera que aproximadamente 5,900 hombres hispanos y 4,800 mujeres hispanas fuesen diagnosticados con cáncer de colon o del recto. El cáncer de colon y recto es el segundo cáncer más comúnmente diagnosticado tanto en las mujeres como en los hombres hispanos. Las tasas de incidencia de cáncer de colon y recto 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, página 4). 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 Sur³⁵. Por ejemplo, en comparación con las tasas de incidencia de cáncer de colon y recto entre los hombres que viven en Puerto Rico, las tasas entre los hombres que viven en EE.UU. continental son 8% mayores en los hispanos y 45% mayores en los blancos no hispanos³⁵. El cáncer de colon y recto es raro en los países en desarrollo, pero común en los países económicamente pudientes, donde las dietas tienden a tener alto contenido de grasas, carbohidratos refinados y proteínas animales y los niveles de actividad física son bajos³⁶. De 2000 a 2009, las tasas de incidencia de cáncer de colon y recto se redujeron 2.3% al año entre los hombres hispanos y 2.4% al año entre las mujeres hispanas, en comparación con las reducciones anuales de 3.5% y 2.8% entre hombres y mujeres blancos no hispanos, respectivamente.

Los factores que incrementan el riesgo de padecer cáncer de colon y recto incluyen antecedentes personales o familiares de pólipos o cáncer de colon y recto, enfermedad inflamatoria intestinal crónica, síndromes heredados, obesidad, diabetes, consumo de carne roja y procesada y consumo de alcohol³⁷. Los

Figura 6. Distribución por etapas de cánceres específicos en hispanos* y blancos no hispanos, 2005-2009



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.
Fuente de los datos: Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (Surveillance, Epidemiology, and End Results, SEER), 18 registros SEER, División de Control del Cáncer y Ciencias de la Población, Instituto Nacional del Cáncer, 2012.

hispanos son desproporcionadamente afectados por la diabetes y por el mayor riesgo de cáncer de colon y recto con el que se asocia esta enfermedad³⁸. Los factores que protegen contra el cáncer de colon y recto 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 cancerosos³⁷.

Mortalidad: En 2012 se espera que aproximadamente 1,900 hombres hispanos y 1,600 mujeres hispanas fallecieran a causa de cáncer de colon y recto. El cáncer de colon y recto es la segunda causa principal de fallecimiento por cáncer entre los hombres hispanos y la tercera causa principal de fallecimiento por cáncer entre las mujeres hispanas. Entre 2000 y 2009, las tasas de mortalidad por cáncer de colon y recto disminuyeron aproximadamente 2% al año en los hispanos y 3% al año en los no hispanos.

Distribución por etapas y supervivencia: El cáncer de colon y recto se puede tratar exitosamente cuando se diagnostica en sus etapas tempranas. Entre los hispanos la tasa de supervivencia de cinco años específica del cáncer de colon y recto diagnosticado en una etapa localizada es de 89 por ciento; la supervivencia se reduce al 68 por ciento y al 15 por ciento en los casos diagnosticados en una etapa regional y en una etapa distante,

respectivamente. Los hispanos tienen menos probabilidades que los blancos no hispanos de ser diagnosticados con cáncer de colon y recto localizado (38% versus 40%) y más probabilidades de ser diagnosticados con la enfermedad en etapa distante (21% versus 19%) (figura 6), probablemente debido a las menores tasas de exámenes de detección y el menor acceso a un tratamiento médico oportuno (tabla 8, página 24)²⁰.

Pulmón y bronquios

Casos nuevos: Se espera que aproximadamente 4,700 hombres hispanos y 4,200 mujeres hispanas sean diagnosticados con cáncer de pulmón en 2012. El cáncer de pulmón es el tercer cáncer que se diagnostica más comúnmente en los hombres hispanos y el cuarto más comúnmente diagnosticado en las mujeres hispanas, y es el segundo cáncer más común entre blancos no hispanos. Fumar cigarrillos es el principal factor de riesgo del cáncer de pulmón, siendo responsable del 87% y del 70% del total de casos en hombres y mujeres de EE.UU., respectivamente³⁹. Las tasas de incidencia de cáncer de pulmón entre los hispanos son aproximadamente la mitad que la de los blancos no hispanos (tabla 3, página 4) 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^{40,41}. La susceptibilidad al cáncer de pulmón

también puede diferir por raza/etnicidad, particularmente en el caso de personas que fuman a menores niveles^{42,43}. (En la tabla 6 de la página 17 se muestra la prevalencia del hábito de fumar entre los hispanos.)

De 2000 a 2009, las tasas de incidencia de cáncer de pulmón se redujeron más rápidamente entre los hombres hispanos (2.9% al año) que entre los hombres blancos no hispanos (1.7% al año), lo que puede reflejar la llegada de nuevos inmigrantes hispanos con menor riesgo de cáncer de pulmón. Respecto a las mujeres, durante este periodo las tasas de incidencia fueron estables tanto en hispanas como en blancas no hispanas. Se ha observado un aumento en el hábito de fumar cigarrillos como resultado de la aculturación entre las mujeres hispanas, pero no entre los hombres hispanos⁴⁴. La mayoría de los casos de cáncer de pulmón se podría prevenir aumentando el número de fumadores adultos que dejan de fumar y reduciendo el inicio del hábito entre los adolescentes. 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 fumando⁴⁵.

Mortalidad: Se espera que en 2012 ocurran aproximadamente 3,200 fallecimientos a causa del cáncer de pulmón entre los hombres hispanos y 2,100 fallecimientos entre las mujeres hispanas. El cáncer de pulmón es la causa principal de fallecimiento por cáncer entre los hombres hispanos y la segunda causa principal entre las mujeres hispanas. Las tasas de fallecimiento por cáncer de pulmón entre subpoblaciones hispanas varían significativamente de acuerdo con las diferencias en los patrones de fumar⁷. Por ejemplo, los hombres cubanos tienen tanto la prevalencia de fumar más alta como las tasas de fallecimiento por cáncer de pulmón más altas, un 30% mayores que las de los hombres mexicanos o puertorriqueños⁴⁶.

Entre 2000 y 2009, las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón disminuyeron 3.3% al año entre los hombres hispanos y 1.0% 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 disminuyeron 2.0% al año en los hombres y 0.4% al año en las mujeres. Las mayores reducciones en las tasas de fallecimiento entre los hombres reflejan reducciones más prontas y de mayor número en el hábito de fumar en comparación con las mujeres; los patrones de fumar de las mujeres en EE.UU. tienen una demora de 20 años con respecto al de los hombres.

Distribución por etapas y supervivencia: La mayoría de los pacientes con cáncer de pulmón son diagnosticados en una etapa avanzada; sólo un 14% de los hispanos y 17% de los blancos no hispanos son diagnosticados con cáncer localizado (figura 6), de los cuales la supervivencia específica es de aproximadamente 60%. La tasa de supervivencia de cinco años específica de cáncer de pulmón entre todos los pacientes hispanos combinados es de 14% y 20% para hombres y mujeres, respectivamente (tabla 4).

Tabla 4. Tasas de supervivencia de cinco años específicas de cada tipo de cáncer (%), 2002-2008

	Hispanos	Blancos no hispanos
Hombres		
Todos los tipos	65.1	66.5
Próstata	92.9	93.9
Pulmones y bronquios	14.4	16.0
Colon y recto	63.7	65.7
Estómago	27.5	24.8
Hígado y conducto biliar intrahepático	18.8	18.2
Melanoma de la piel	76.6	87.0
Mujeres		
Todos los tipos	67.2	66.1
Seno	86.4	88.6
Colon y recto	63.5	64.3
Pulmones y bronquios	20.4	20.7
Cuello uterino	74.6	70.7
Estómago	28.4	30.8
Hígado y conducto biliar intrahepático	18.6	16.4
Melanoma de la piel	88.3	92.3

Fuente de los datos: Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (Surveillance, Epidemiology, and End Results, SEER), 18 registros SEER, División de Control del Cáncer y Ciencias de la Población, Instituto Nacional del Cáncer, 2012.

Próstata

Casos nuevos: Se espera que en 2012 15,400 hombres hispanos sean diagnosticados con cáncer de próstata, convirtiéndolo en el cáncer más comúnmente diagnosticado entre los hombres hispanos. En 2005-2009, la tasa de incidencia de cáncer de próstata entre hispanos (124.9 por 100,000) fue un 13% menor que la tasa entre blancos no hispanos (143.2 por 100,000), probablemente debido a las menores tasas de pruebas de PSA entre los hispanos (tabla 3, página 4). Entre 2000 y 2009, las tasas de incidencia de cáncer de próstata disminuyeron 2.4% al año entre los hombres hispanos, y 2.2% al año entre los hombres blancos no hispanos. El aumento de la edad y los antecedentes familiares de la enfermedad son los únicos factores de riesgo bien establecidos en el caso del cáncer de próstata.

Mortalidad: Se espera que en 2012 ocurran aproximadamente 1,600 fallecimientos por cáncer de próstata entre los hombres hispanos, convirtiendo este cáncer en la cuarta causa principal de fallecimientos por cáncer. La tasa de mortalidad por cáncer de próstata es ligeramente menor entre los hombres hispanos (17.8 por 100,000) que entre los blancos no hispanos (21.9 por 100,000) (tabla 3, página 4). De 2000 a 2009, la tasa de mortalidad disminuyó un 3.8% anual entre los hombres hispanos y un 3.3% anual entre los hombres blancos no hispanos.

Distribución por etapas y supervivencia: Aproximadamente un 77% de los cánceres de próstata se descubrieron en una etapa localizada en los hombres hispanos, en comparación con un 81% en los hombres blancos no hispanos (figura 6, página 8), para quienes la tasa de supervivencia de cinco años específica del

cáncer es aproximadamente 97% en ambos grupos⁴⁷. La tasa de supervivencia para aquellos diagnosticados en una etapa diseminada es de 31.2% entre los hombres hispanos y 28.6% entre los blancos no hispanos.

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 económico, especialmente en países de América Central y América del Sur, así como en regiones de Asia y África. 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^{48,49}.

Hígado y conducto biliar intrahepático

En 2012 aproximadamente 4,300 hispanos serán diagnosticados con cáncer de hígado, y aproximadamente 2,700 hispanos fallecerán debido a esta enfermedad. Las tasas de incidencia de cáncer de hígado en EE.UU. son casi el doble en los hispanos que en los blancos no hispanos, y casi tres veces más altas en los hombres que en las mujeres (tabla 3, página 4)⁵⁰. Las tasas de incidencia de cáncer de hígado han estado aumentando desde la mitad de la década de los ochenta; durante los más recientes 10 años de datos (2000-2009), las tasas aumentaron anualmente un 2.6% en los hombres y un 2.0% en las mujeres entre los hispanos, y 4.0% y 2.5% entre los hombres y las mujeres blancos no hispanos, respectivamente. El cáncer de hígado es uno de los tipos de cáncer más fatales; la tasa de supervivencia de 5 años entre los hispanos es de aproximadamente 19% tanto para hombres como para mujeres (tabla 4, página 9).

Las figuras 7a y 7b muestran patrones internacionales de las tasas de incidencia de cáncer de hígado por sexo. La mayoría de los cánceres de hígado en los países en desarrollo y aproximadamente un 20% de los de países desarrollados se atribuyen a infecciones crónicas con el virus de la hepatitis B (VHB) y/o el virus de la hepatitis C (VHC)^{51,52}. La prevención principal contra la infección del VHB se logra con la vacunación. No existe una vacuna para prevenir la infección con el VHC, aunque su transmisión potencialmente se puede prevenir a través de medidas de salud pública, como exámenes de sangre, órganos, tejido y semen de donantes y programas de intercambio de agujas y jeringas⁵³. El tratamiento de enfermedades hepáticas en personas con infección del VHB y/o del VHC puede reducir el riesgo de desarrollar cáncer de hígado⁵⁴. Puede encontrar más información sobre el VHB y el VHC en la página 21.

Otros factores de riesgo de cáncer de hígado incluyen consumo de alcohol y aflatoxinas (un contaminante que se encuentra en granos y harinas con hongos en países en desarrollo económico^{53,55}). Aunque el consumo de alcohol entre hispanos es generalmente bajo, algunos estudios han encontrado que el consumo abundante o desenfrenado de alcohol es más común entre los mexicanos que entre los hombres blancos no hispanos^{56,57}.

Estómago

En 2012 aproximadamente 3,000 hispanos serán diagnosticados con cáncer de estómago, y aproximadamente 1,600 hispanos fallecerán debido a esta enfermedad. En EE.UU., la tasa de incidencia de cáncer de estómago en hombres hispanos es 70% mayor que en hombres blancos no hispanos; entre las mujeres, la tasa entre las hispanas es más del doble que entre las blancas no hispanas (tabla 3, página 4). De 2000 a 2009 las tasas de incidencia se redujeron aproximadamente 2% por año entre hispanos y blancos no hispanos. Los hispanos son diagnosticados con cáncer de estómago a una edad joven (< 50 años) con mayor frecuencia que cualquier otro grupo racial o étnico⁵⁸. La supervivencia de 5 años del cáncer de estómago entre los hispanos es de aproximadamente 28% (tabla 4, página 9).

La infección crónica con *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) es el factor de riesgo identificado más importante para el cáncer de estómago, aunque sólo un 5% de las personas infectadas desarrollan la enfermedad^{59,60}. La prevalencia de la infección con *H. pylori* es mayor en los países de menores ingresos y entre personas de estado socioeconómico más bajo⁶¹. La incidencia de cáncer de estómago ha disminuido sustancialmente en los países de ingresos altos, pero aún es muy común en México, América Central, América del Sur y Asia⁶². Antes de la década de los cincuenta el cáncer de estómago era la causa principal de fallecimientos por cáncer en EE.UU., pero en la actualidad ocupa el 14.º lugar. Las grandes reducciones en las tasas de cáncer de estómago reflejan disminuciones tanto en la prevalencia de la infección con *H. pylori* como en el consumo de alimentos preservados con sal, debido a las mejoras en las prácticas de higiene y de preservación de alimentos. En el periodo más reciente, el tratamiento de las personas infectadas con *H. pylori* también puede haber contribuido a estas reducciones. Consulte la página 21 para ver más información sobre *H. pylori*.

Figura 7a. Variación internacional en las tasas de incidencia de cáncer de hígado estandarizadas respecto a la edad entre los hombres, 2008

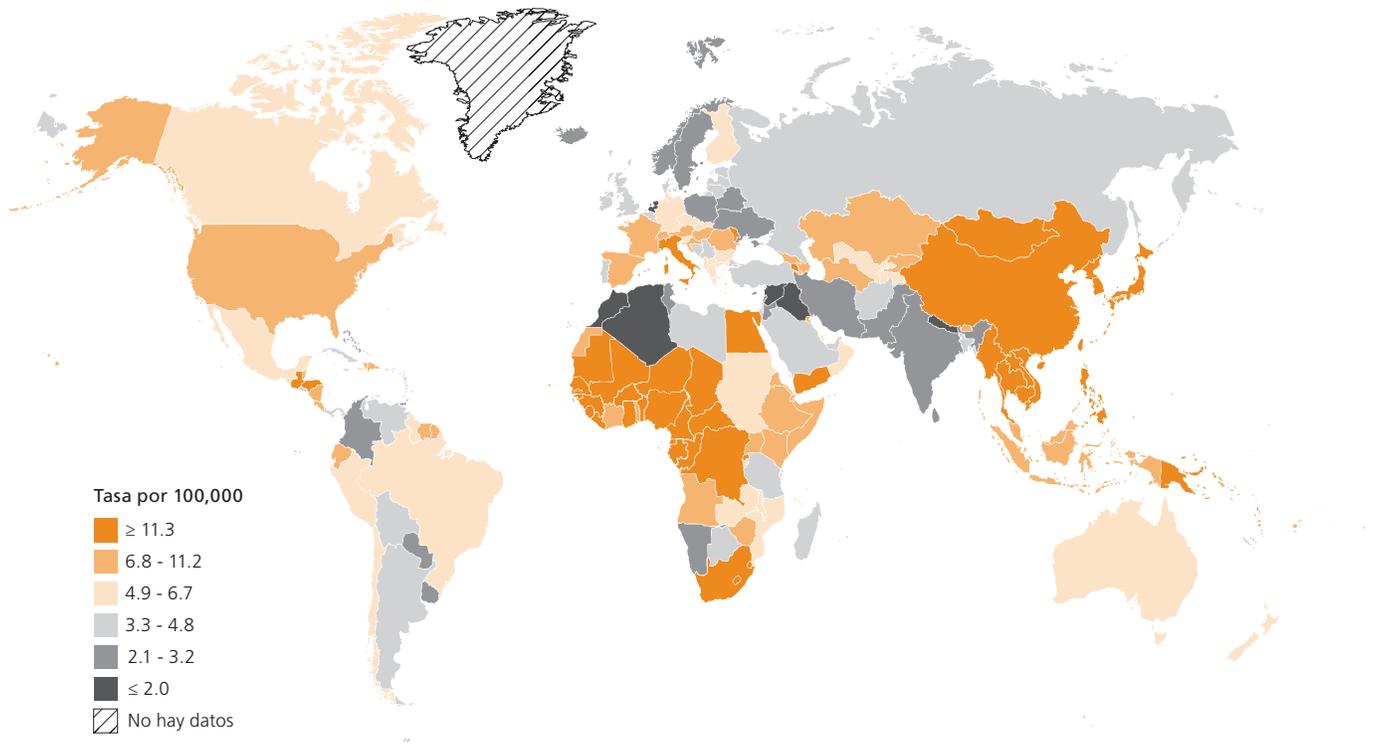
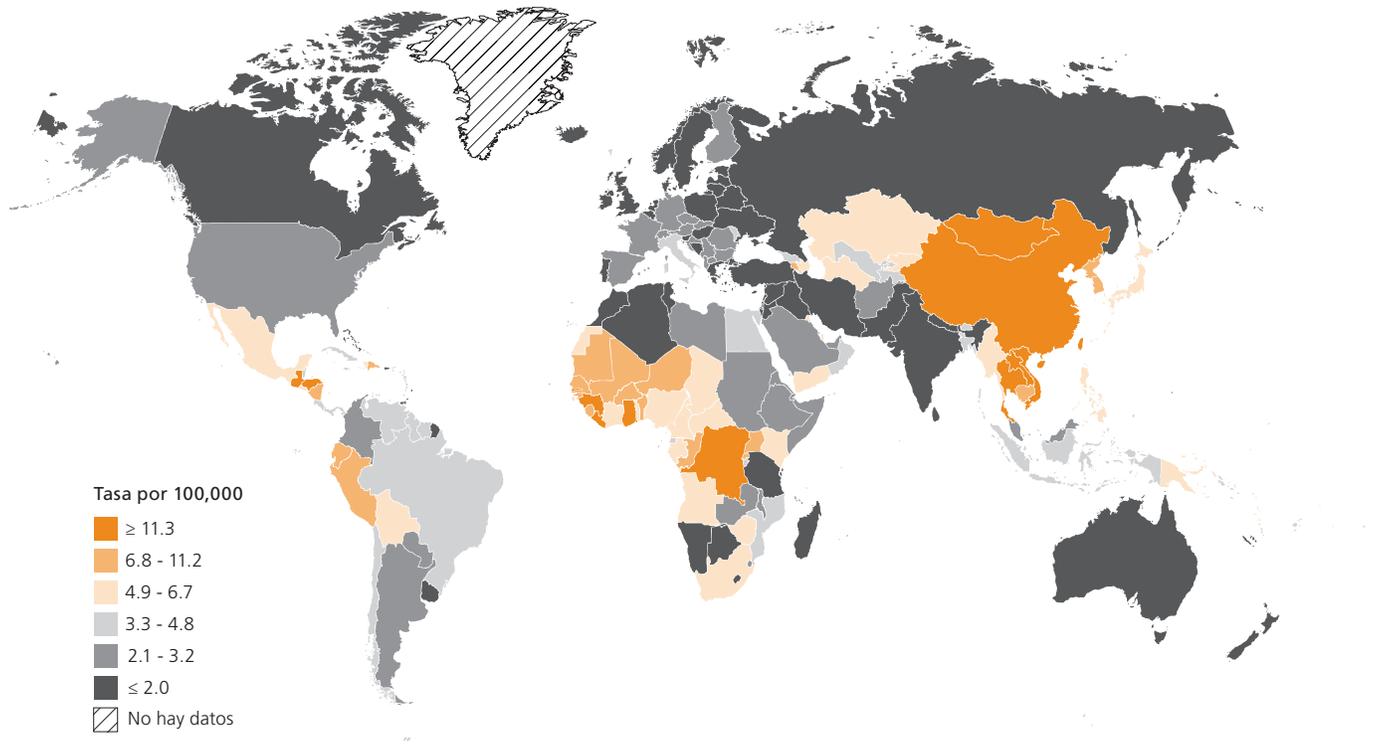
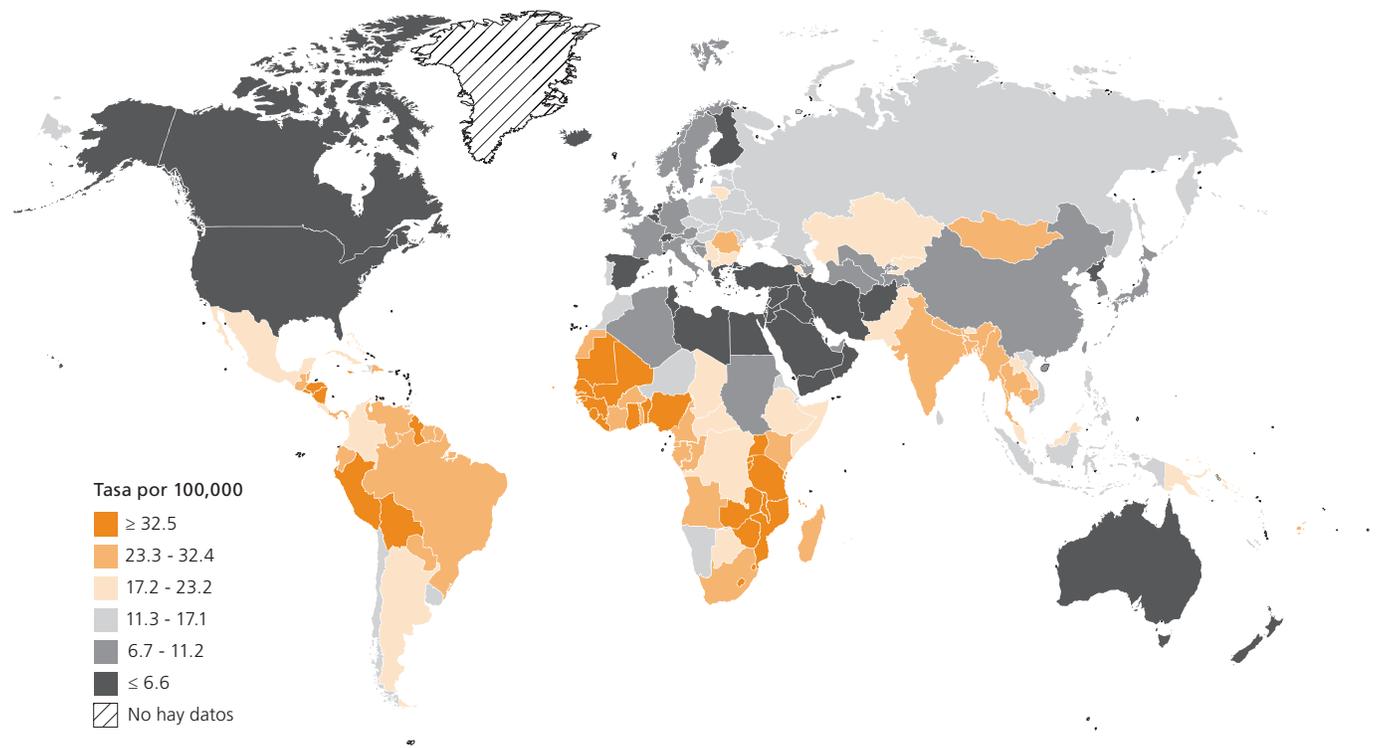


Figura 7b. Variación internacional en las tasas de incidencia de cáncer de hígado estandarizadas respecto a la edad entre las mujeres, 2008



Fuente: GLOBOCAN 2008.

Figura 8. Variación internacional en las tasas de incidencia de cáncer de cuello uterino estandarizadas respecto a la edad, 2008



Fuente: GLOBOCAN 2008.

Otros factores de riesgo del cáncer de estómago incluyen fumar, y probablemente el alto consumo de carne y pescado asado o a la parrilla^{55,63}. El alto consumo de alcohol también puede aumentar el riesgo⁶⁴. Algunos estudios han demostrado que las frutas y los vegetales sin almidón, particularmente los vegetales de la familia de las liliáceas (p. ej. el ajo, las cebollas, los puerros) protegen contra el cáncer de estómago⁵⁵.

Cuello uterino

En 2012, 2,100 mujeres hispanas en EE.UU. serán diagnosticadas con cáncer de cuello uterino y aproximadamente 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 aproximadamente tres veces más altas que las de las mujeres de EE.UU. principalmente debido a la falta de acceso a los exámenes de detección en esos países (figura 8)^{62,65}. En general, la tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino entre las mujeres hispanas que residen en EE.UU. es aproximadamente un 64% más alta que la de las mujeres blancas no hispanas (tabla 3, página 4). Un análisis geográfico en EE.UU. 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; las tasas más altas se encontraron entre las mujeres hispanas del medio oeste, probablemente debido al gran número de inmigrantes nuevos en esta región⁶⁶.

El cáncer de cuello uterino es causado por una infección con ciertos tipos del virus del papiloma humano (VPH)⁶⁷. Hay dos vacunas aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos para la prevención de las infecciones por el VPH causantes de cáncer más comunes: Gardasil protege contra cuatro tipos de VPH y está aprobada para usarse tanto en hombres como en mujeres, y Cervarix protege contra dos tipos de VPH y está aprobada para su uso en mujeres. En la página 22 hay más información sobre el VPH y la vacuna contra el VPH.

El cáncer de cuello uterino es uno de los dos únicos cánceres (el otro es el cáncer de colon y recto) que realmente se puede prevenir mediante los exámenes de detección y la eliminación de lesiones precancerosas. El examen de Papanicolaou, que es el método más común para detectar el cáncer de cuello uterino, y la prueba del VPH, son procedimientos simples en los cuales se toma una pequeña muestra de células del cuello uterino. Además de detectar lesiones precancerosas que se pueden eliminar antes de que se conviertan en cáncer, la prueba de Papanicolaou puede

detectar el cáncer en las primeras etapas, cuando el tratamiento tiene más éxito. Por fortuna, la mayoría de los precánceres de cuello uterino crecen lentamente, así que casi todos los casos se podrían prevenir con exámenes de detección regulares. La tasa de supervivencia de cinco años del cáncer de cuello uterino es de 75% entre las mujeres hispanas y de 71% entre las blancas no hispanas.

Se recomienda un examen de detección de cáncer de cuello uterino hasta en aquellas mujeres que han sido vacunadas contra el VPH porque la vacuna no protege contra todos los tipos de VPH. Se piensa que las tasas bajas de exámenes de detección y el incumplimiento del seguimiento recomendado después de obtener resultados anormales de una prueba de detección, contribuyen a una mortalidad más alta entre las mujeres hispanas⁶⁸. Se ha calculado que tantos como un 80% de los fallecimientos por cáncer de cuello uterino se pudieron haber prevenido con pruebas de detección regulares junto con el seguimiento y tratamiento adecuados de las pacientes⁶⁹. Consulte la página 23 para ver más información sobre los exámenes de detección de cuello uterino.

Vesícula biliar

En 2012 aproximadamente 400 mujeres hispanas serán diagnosticadas con cáncer de la vesícula biliar. Éste es uno de los pocos cánceres que ocurren con más frecuencia entre las mujeres que entre los hombres. En EE.UU. las mujeres hispanas tienen tasas de incidencia más altas que las de cualquier otro grupo racial/

étnico; las tasas entre las mujeres hispanas son dos veces más altas que las de los hombres hispanos y las de las mujeres blancas no hispanas, y cuatro veces las de los hombres blancos no hispanos (tabla 3, página 4). De 2000 a 2009, las tasas de incidencia de cáncer de la vesícula biliar entre los hispanos de EE.UU. aumentaron 3.4% por año en los hombres y 1.1% por año en las mujeres. El cáncer de la vesícula biliar tiene síntomas no específicos que típicamente dan como resultado un diagnóstico en una etapa tardía y una supervivencia muy pobre⁷⁰. La tasa de supervivencia de 5 años específica de este cáncer es de aproximadamente 20%.

Las mujeres hispanas que viven en California y Nuevo México tienen la mayor incidencia de cáncer de vesícula biliar (junto con las nativas americanas de Nuevo México) en EE.UU., con tasas de 3 a 5 veces más altas que las de las mujeres blancas no hispanas de esos estados⁷⁰. Hay una variación muy amplia en la incidencia mundial; las poblaciones con el mayor riesgo de cáncer de vesícula biliar se encuentran en América Latina y en Asia⁷⁰. Notablemente, el cáncer de vesícula biliar es la causa más común de fallecimientos por cáncer entre las mujeres chilenas, con tasas que exceden las del cáncer de seno y el cáncer de cuello uterino⁷¹. Una historia de cálculos renales es el factor de riesgo más importante de cáncer de la vesícula biliar, aunque menos de un 1% de las personas con cálculos renales desarrollarán este cáncer^{70,72}. Otros factores de riesgo de cáncer de la vesícula biliar incluyen inflamación crónica del conducto biliar, el uso de terapia de sustitución hormonal y la obesidad femenina⁷³⁻⁷⁶.

El cáncer en los niños y adolescentes

Panorama general

El cáncer es una enfermedad relativamente rara en niños (de 0 a 14 años) y adolescentes (edades de 15 a 19 años). Los tipos de cáncer que comúnmente padecen los niños son diferentes a los que son comunes entre 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 del cáncer 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 no se entienden claramente, la distribución internacional de cánceres de la infancia varía de acuerdo con el nivel de desarrollo económico⁷⁷.

Casos nuevos: Se calcula que en 2012 aproximadamente 2,500 niños hispanos (de 0 a 14 años de edad) en EE.UU. serán diagnosticados con cáncer, lo que representa aproximadamente un 2.2% del total de casos de cáncer entre los hispanos. En contraste, el

cáncer infantil representa un 0.7% de los casos nuevos de cáncer en el total de la población estadounidense. La diferencia se debe principalmente a que la población hispana es más joven, pues los niños representan un 30% de la población hispana en Estados Unidos, en comparación con el 20% del total de la población estadounidense^{2,78}.

Las tasas de incidencia de todos los cánceres combinados son ligeramente menores en los niños y adolescentes hispanos que en los niños y adolescentes blancos no hispanos. La leucemia es el cáncer más común entre los niños, seguida del cáncer de cerebro/sistema nervioso central y el linfoma (tabla 5, página 14). Los cánceres infantiles con tasas más altas entre los niños hispanos que entre los niños blancos no hispanos incluyen la leucemia, osteosarcoma, tumores de células germinales y retinoblastoma. En la figura 9, página 15 se muestran las diferencias entre los principales tipos de cáncer infantil por raza/grupo étnico. Los niños hispanos tienen las tasas más altas de leucemia, el doble de la de los niños afroamericanos que tienen las menores tasas.

Tabla 5. Tasas de incidencia del cáncer infantil y relación proporcional de las tasas entre hispanos y blancos no hispanos, 2005-2009

	De 0 a 14 años de edad			De 15 a 19 años de edad		
	Hispanos	Blancos no hispanos	Relación proporcional de las tasas	Hispanos	Blancos no hispanos	Relación proporcional de las tasas
Todos los tipos	15.5	16.2	0.96*	21.7	23.5	0.92*
Leucemia	6.1	5.0	1.23*	4.8	3.0	1.62*
Leucemia linfocítica	4.8	3.9	1.24*	3.0	1.5	2.09*
Leucemia mieloide aguda	0.8	0.7	1.19*	1.0	0.9	1.09
Cerebro y otras áreas del sistema nervioso	2.7	3.7	0.74*	1.8	2.5	0.72*
Linfomas	1.6	1.7	0.96	3.9	5.6	0.69*
Linfoma no-Hodgkin (excepto linfoma de Burkitt)	0.6	0.6	0.97	1.2	1.5	0.81*
Linfoma de Hodgkin	0.6	0.6	1.10	2.4	3.7	0.65*
Linfoma de Burkitt	0.2	0.3	0.55*	0.1	0.3	0.48*
Sarcomas de tejido blando	1.0	1.1	0.96	1.5	1.6	0.95
Tumores de hueso	0.8	0.7	1.10	1.5	1.6	0.95
Osteosarcoma	0.5	0.3	1.36*	0.9	0.8	1.16
Tumores de células germinales	0.6	0.5	1.31*	3.9	2.9	1.36*
Tumor maligno de células germinales gonadales	0.4	0.2	1.83*	3.1	2.3	1.34*
Tumor de células germinales intracraneales e intraespinales	0.2	0.1	1.29*	0.2	0.3	0.94
Neuroblastoma	0.6	1.3	0.51*	†	†	–
Tumores renales	0.6	0.9	0.70*	0.2	0.2	0.98
Retinoblastoma	0.4	0.3	1.29*	†	†	–
Tumores hepáticos	0.3	0.2	1.15	0.2	0.1	1.28

Las tasas son por 100,000 habitantes y se ajustan por edades a la población estándar de EE.UU. del año 2000. Las personas de origen hispano/latino pueden ser de cualquier raza. La relación proporcional es la tasa no redondeada de los hispanos dividida entre la tasa no redondeada correspondiente de los blancos no hispanos.

*La diferencia entre las tasas de los hispanos y de los blancos no hispanos es significativa ($p < 0.05$). † Datos suprimidos debido a que hubo menos de 25 casos.

Fuente de los datos: Asociación Norteamericana de Registros Centrales sobre la Incidencia Combinada del Cáncer (North American Association of Central Cancer Registries, NAACCR), 2012. Los datos de la incidencia se basan en el Algoritmo de Identificación Hispana de NAACCR (NHIA).

Sociedad Americana Contra El Cáncer, Surveillance Research, 2012

Las altas 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 que la de otros grupos de población^{79,80}.

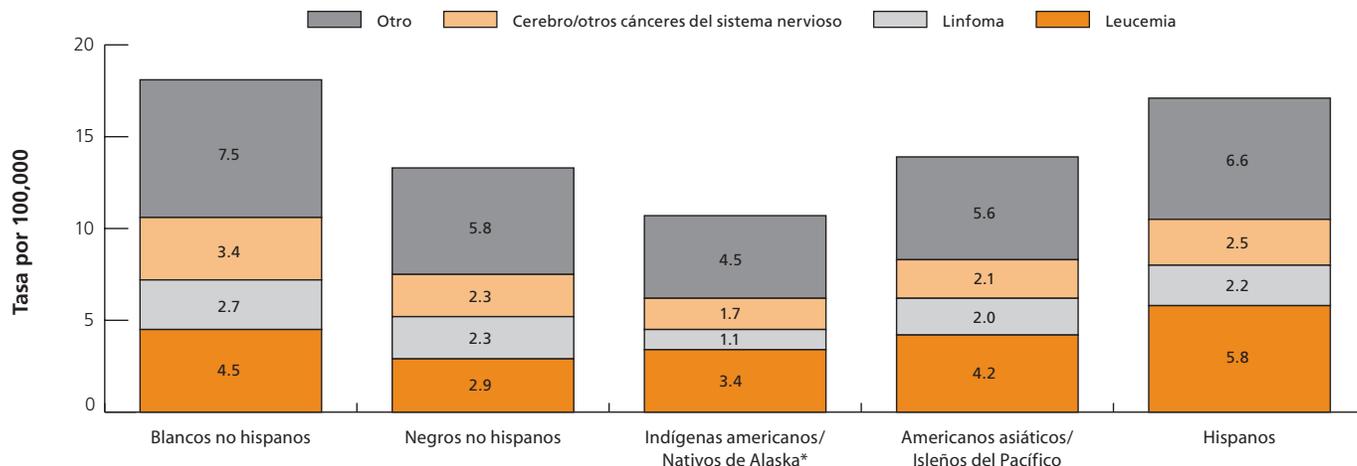
Mortalidad: Aunque el cáncer infantil sea raro, es la segunda causa principal de mortalidad entre los niños hispanos y los niños blancos no hispanos (edades de 1 a 14 años). Entre los adolescentes (edades de 15 a 19 años), el cáncer es la cuarta causa principal de fallecimiento entre los hispanos y la tercera causa principal entre los blancos no hispanos. Se calcula que en 2012 unos 400 niños hispanos morirán de cáncer.

Tendencias en las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer: De 2000 a 2009, las tasas de incidencia de todos los cánceres combinados fueron estables entre los niños hispanos y los niños blancos no hispanos (edades de 0 a 14 años); en contraste, las tasas de incidencia aumentaron un 1.7% al año entre los adolescentes hispanos (edades de 15 a 19 años) mientras que permanecieron estables entre los adolescentes blancos no hispanos.

Durante 2000-2009 las tasas de fallecimiento de todos los cánceres combinados disminuyeron 2.2% por año entre los niños hispanos (edades de 0 a 14 años) y fueron estables entre los adolescentes (edades de 15 a 19 años). Durante este periodo de tiempo, las tasas de fallecimiento disminuyeron 2.5% por año entre niños y adolescentes blancos no hispanos.

Detección en una etapa inicial: Los cánceres de la infancia frecuentemente tienen síntomas no específicos y son difíciles de reconocer. Los padres deben asegurarse de que sus hijos se sometan 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 o pérdida de energía inexplicable; 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.

Figura 9. Comparación de las tasas de incidencia de los cánceres infantiles comunes por raza/grupo étnico, de 0 a 19 años de edad, 2005-2009



Las tasas son por 100,000 habitantes y se ajustan por edades a la población estándar de EE.UU. del año 2000. Las personas de origen hispano pueden ser de cualquier raza. *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).

Fuente: Asociación Norteamericana de Registros Centrales de Cáncer, 2012.

Supervivencia: En los últimos 30 años ha habido mejoras significativas en las tasas de supervivencia relativas de 5 años en la mayoría de los cánceres infantiles. El progreso substancial en las tasas de supervivencia del cáncer pediátrico se debe en gran medida a los avances significativos en el tratamiento y en la alta proporción de pacientes que participan en estudios clínicos. Sin embargo, la supervivencia entre los hispanos continúa siendo más baja que la de los blancos respecto a todos los cánceres combinados y para muchos tipos de cáncer. La tasa de supervivencia de 5 años específica de un tipo de cáncer para todos los cánceres combinados diagnosticados en niños y adolescentes entre 2002 y 2008 fue de 80% en los hispanos y 86% en los blancos no hispanos. Las disparidades más grandes en la supervivencia son las de los tumores del cerebro y del sistema nervioso central entre los niños (0-14 años; 19% menor entre los hispanos) y de leucemia y sarcomas de tejido suave entre adolescentes (15-19 años; $\geq 10\%$ menor entre los hispanos)⁸¹. El tratamiento de cáncer infantil depende del tipo y de la etapa de la enfermedad, e involucra a un equipo que incluye oncólogos pediatras, enfermeros, trabajadores sociales y psicólogos.

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 todos los cánceres infantiles. Hay dos tipos principales de leucemia en los niños (edades de 0-14 años), la leucemia

linfocítica aguda (LLA) que representa un 83% de los casos de leucemia pediátrica entre los hispanos, y la leucemia mieloide aguda (LMA) que representa un 11% de los casos. La incidencia de LLA es mayor en los niños de uno a cuatro años de edad. La incidencia de LLA y de LMA es mayor entre los niños y adolescentes hispanos que entre los blancos no hispanos. Aunque las anomalías genéticas parecen ser las responsables de cierta proporción de leucemia infantil, pocos factores de riesgo, aparte de la exposición a la radiación, están bien establecidos⁸².

Las tasas de supervivencia de cinco años de la ALL han mejorado significativamente en las dos últimas décadas para todos los niños, incluidos los hispanos⁸³. Sin embargo, la supervivencia es menor entre los niños hispanos en comparación con los blancos no hispanos en todos los subtipos de leucemia. Por ejemplo, las tasas de supervivencia de 5 años específicas de la ALL son de 87% y 92% para los hispanos y los blancos no hispanos, respectivamente; para la LMA estos números disminuyen a 69% y 76%, respectivamente. Aunque probablemente el menor acceso al tratamiento es la causa de parte de la disparidad⁸⁴, estas diferencias también son aparentes en los estudios clínicos, en los cuales todos reciben el mismo tratamiento^{83,85}. Las investigaciones recientes han mostrado que esta disparidad se puede deber a la carga excesiva que los tipos de leucemia de alto riesgo imponen a los niños hispanos^{86,87}.

Cáncer cerebral y otros cánceres del sistema nervioso: Los cánceres de cerebro y otros cánceres del sistema nervioso (other nervous system, ONS) representan aproximadamente un 17% de todos los cánceres malignos entre los niños hispanos de EE.UU.

Las tasas de incidencia de estos tumores son aproximadamente 26% menores en los niños hispanos en comparación con los niños blancos no hispanos, entre los cuales las tasas son las mayores (figura 9, página 15). La mayor parte de esta diferencia se explica con la tasa de incidencia de astrocitomas, que es aproximadamente 35% menor en los niños hispanos que en los niños blancos no hispanos^{88,89}. La diferencia también puede reflejar diferencias en el acceso y la utilización de técnicas diagnósticas avanzadas en la detección de estos cánceres.

La tasa de supervivencia de cánceres pediátricos del cerebro/ONS depende en gran medida de la edad al diagnóstico, el tipo de tumor y su localización y tratamiento. La tasa de supervivencia general de 5 años específica de estos cánceres es de 69% entre hispanos y 77% entre blancos no hispanos. Entre ambos grupos, la supervivencia es aproximadamente 5% más alta entre pacientes adolescentes que entre los niños.

Linfoma: Entre niños y adolescentes, el mayor riesgo de desarrollar linfoma es durante las edades de 10 a 19 años. Las tasas de incidencia de linfoma entre niños (de 0 a 14 años) son las mismas para los hispanos que para los blancos no hispanos, mientras que entre los adolescentes (edades de 15 a 19 años), las tasas de incidencia en los hispanos son 35% menores para el linfoma de Hodgkin y 20% menores para el linfoma no Hodgkin⁸⁸. En un estudio se determinó que las tasas de incidencia de linfoma entre los niños hispanos en Florida (principalmente de origen cubano y centroamericano) eran el doble de la de los niños hispanos en California (principalmente de origen mexicano)⁹⁰.

La supervivencia del linfoma pediátrico es ligeramente menor entre los hispanos que entre los blancos no hispanos. La tasa de supervivencia de 5 años específica del linfoma de Hodgkin es de 95% para los niños (edades de 0 a 14 años) y 94% para los adolescentes (edades de 15 a 19 años); las tasas de linfoma no Hodgkin son 88% y 77% respectivamente.

Factores de riesgo del cáncer

El uso del tabaco es la causa de la enfermedad que más se puede prevenir, y es la causa de aproximadamente un 30% de todos los fallecimientos por cáncer⁹¹. De manera similar, el peso excesivo o la obesidad, la inactividad física y la nutrición inadecuada son la causa de una tercera parte de los fallecimientos por cáncer. El consumo de alcohol es otro factor de riesgo importante para algunos cánceres, particularmente el cáncer de hígado. Ciertos cánceres (p.ej. el de hígado, cuello uterino y estómago) se relacionan con agentes infecciosos, como el virus de la hepatitis B, el virus de la hepatitis C, el virus del papiloma humano, el virus de inmunodeficiencia humana y *Helicobacter pylori*; los hispanos en EE.UU. soportan una carga desproporcionada de estos cánceres. Además, la exposición intensa al sol y el bronceado en interiores están asociados con un mayor riesgo de cánceres de la piel. 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^{20,92}.

Tabaco

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 muchos cánceres de la boca, cavidades nasales, faringe, laringe, esófago, estómago, colon y recto, hígado, riñón, páncreas, cuello uterino, vejiga y la leucemia mieloide, son atribuibles al consumo de cigarrillos⁹³.

El porcentaje de adultos que fuman es menor entre los hispanos (13%) que entre los blancos no hispanos (21%). La tasa del hábito de fumar entre las mujeres hispanas es aproximadamente la mitad que la tasa de las mujeres blancas no hispanas; mientras que la tasa entre los hombres hispanos es aproximadamente tres cuartas partes de la tasa de los hombres blancos no hispanos (tabla 6). Las tasas del hábito de fumar entre los adultos hispanos que nacieron en EE.UU. son mayores que las de aquellos que nacieron en otros países^{44,94}. Entre los principales subgrupos hispanos, los cubanos y los puertorriqueños tienen más probabilidades de fumar (18%) que los mexicanos (13%)⁹⁵. Entre los fumadores en general, los hispanos tienen más probabilidades que los blancos no hispanos de ser fumadores leves (consumen 5 o menos cigarrillos al día)^{41,96,97}.

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. Dejar de fumar substancialmente reduce el riesgo de cáncer de pulmón y otras enfermedades relacionadas con este hábito. Para muchos fumadores es difícil dejar de fumar debido a las propiedades adictivas de la nicotina del tabaco. El consejo de dejar de fumar proporcionado por un proveedor médico puede alentar a los fumadores a hacerlo, y los auxiliares para dejar de fumar pueden mejorar las tasas de éxito, incluidos medicamentos (productos de sustitución de nicotina solos o combinados con medicamentos contra la depresión), asesoramiento y terapias del comportamiento^{20,96,98}. Sin embargo, las menores tasas de cobertura de un seguro médico y el menor acceso a la atención médica reduce las probabilidades de que los fumadores hispanos tengan acceso a

Tabla 6. Consumo actual de cigarrillos y alcohol (%) en adultos de 18 años y más, EE.UU., 2010

	Hispanos			Blancos no hispanos		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Fumar	15.8	9.0	12.5	22.6	19.6	21.0
Origen						
Puertorriqueños	19.0	16.6	17.6	–	–	–
Mexicanos	17.0	7.9	12.6	–	–	–
Cubanos	20.7	15.1	18.2	–	–	–
Dominicanos	5.8	5.5	6.2	–	–	–
Centro o sudamericanos	11.7	5.5	8.8	–	–	–
Educación*						
≤12 años (sin diploma)	16.0	8.5	12.7	45.1	40.8	43.1
Diploma de la escuela preparatoria o GED†	20.5	11.1	15.5	32.6	30.1	31.3
Estudios universitarios (sin finalizar)	15.5	9.9	12.6	24.8	22.8	23.7
Grado de licenciatura o superior	6.9	6.7	6.5	9.0	8.8	8.9
Pobreza‡						
Pobres	18.2	8.7	12.9	42.4	37.1	39.4
Cercanas a la pobreza	17.0	9.2	13.5	33.4	31.2	32.2
No pobres	12.9	9.5	11.3	19.0	15.9	17.5
Seguro médico						
No	16.8	7.1	12.7	45.6	36.5	42.2
Sí	13.3	9.7	11.4	19.0	17.8	18.4
Estado migratorio						
Nacidos en EE.UU.	18.5	14.1	16.2	23.2	20.9	22.0
Nacido en el extranjero, ha vivido 10 años o más en EE.UU.	15.1	6.4	10.7	16.9	14.3	15.0
Nacido en el extranjero, ha vivido de 1 a 9 años en EE.UU.	13.2	5.5	9.6	19.8	15.4	17.3
Consumo de alcohol§	63.1	43.4	53.2	74.6	67.6	70.9
Ligero	31.5	22.3	27.0	32.3	33.6	32.9
Moderado	16.4	3.5	10.0	25.4	10.9	18.0
Excesivo	3.9	1.7	2.8	6.5	5.9	6.2
Desenfrenado	28.2	10.1	19.4	36.3	18.9	27.4

Estos cálculos se ajustaron por edades a la población estándar de EE.UU. en 2000. Hábito de fumar entre los hispanos en datos combinados para 2009-2010.

* 25 y más años de edad. † General Education Development (Desarrollo Educativo General). ‡ Las personas pobres son aquellas que se encuentran por debajo del umbral de pobreza; las personas cercanas a la pobreza tienen ingresos entre 100% y menos de 200% del umbral de pobreza; las personas no pobres tienen ingresos de 200% o más del umbral de pobreza. § Ligero: tres tragos o menos a la semana; moderado: 4-14 tragos a la semana para los hombres y 4-7 tragos a la semana para las mujeres; excesivo: más de 14 tragos a la semana para los hombres y más de 7 tragos a la semana para las mujeres; desenfrenado: 5 o más tragos en al menos un día durante el año pasado.

Fuente: Encuesta Nacional de Entrevistas sobre Salud, 2009, 2010, Centro Nacional para la Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades Crónicas y Centros de Control y la Prevención de las Enfermedades, 2010, 2011.

los tratamientos para dejar de fumar^{99,100}. En algunos estudios, entre los fumadores latinos el papel del apoyo social parece ser extremadamente importante para el éxito en los intentos de dejar de fumar, especialmente el apoyo del cónyuge. Adicionalmente, el apoyo social entre los latinos parece proteger contra la depresión, que se asocia negativamente con los intentos para dejar de fumar^{101,102}.

Los programas para dejar de fumar para los hispanos pueden ser más eficaces si incluyen extensión por 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 que no tienen servicios adecuados a tener acceso a servicios para dejar de fumar¹⁰³. 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 el Servicio

Nacional Quitline al teléfono 1-800-QUIT-NOW o los servicios en línea basados en la Web en smokefree.gov.

Jóvenes

En general, los jóvenes hispanos tienen menos probabilidades de fumar cigarrillos que los jóvenes blancos no hispanos (tabla 7, página 18). Entre 1991 y 2009, el porcentaje de estudiantes hispanos de la preparatoria que fumaban alcanzó su máximo a 33% para las mujeres en 1995 y a 36% para los hombres en 1997 (figura 10, página 18). Después de un periodo de reducciones constantes hasta 2003, la prevalencia del hábito de fumar entre los jóvenes hispanos ha permanecido relativamente estable, de manera similar a las tendencias en jóvenes de otros grupos raciales/étnicos¹⁰⁴. En 2009, 17% de niñas hispanas y 19% de niños hispanos fumaban cigarrillos. En contraste a las tasas del hábito de fumar marcadamente menores en las mujeres hispanas comparadas con los hombres, las tasas del hábito de fumar entre los adolescentes

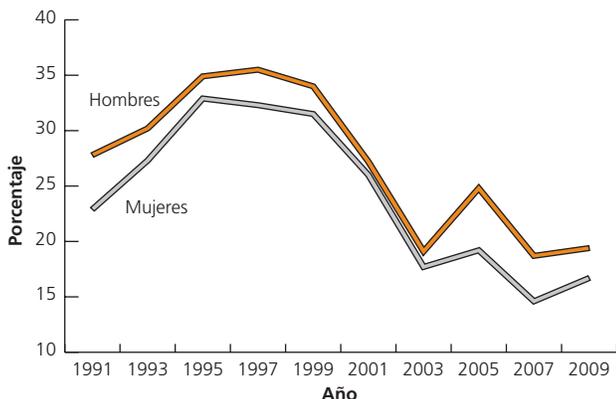
Tabla 7. Hábito de fumar y consumo de alcohol entre los estudiantes de preparatoria (2009) y administración de la vacuna contra el VPH entre las adolescentes (2010), EE.UU

	Hispanos			Blancos no hispanos		
	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres
Fumar						
Uso de cualquier tipo de tabaco*	20.8	18.1	23.6	30.3	24.9	35.1
Consumo de cigarrillos [†]	18.0	16.7	19.4	22.5	22.8	22.3
Alcohol						
Uso actual de alcohol [‡]	42.9	43.5	42.4	44.7	45.9	43.6
Consumo desenfrenado de alcohol [§]	24.1	23.3	25.1	27.8	27.5	28.0
Utilización de la vacuna contra el VPH[¶]						
≥ 1 dosis	–	56.2	–	–	45.8	–
3 dosis	–	29.5	–	–	32.4	–
Tasa de conclusión**	–	56.1	–	–	74.7	–

*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. ‡Tomó uno o más tragos de alcohol en uno o más de los 30 días anteriores a la encuesta. §Tomó cinco o más tragos de alcohol consecutivos en el lapso de un par de horas en un día o más del periodo de 30 días antes de la encuesta. ¶Entre niñas de 13 a 17 años de edad. **La proporción de niñas con al menos una dosis que completaron la serie de tres dosis.

Fuente: Sistema de Vigilancia de los Factores de Riesgo de los Jóvenes, 2009, 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.* 2010;59(SS-5).

Figura 10. Tendencias en el hábito actual de fumar cigarrillos*, estudiantes hispanos de la escuela secundaria, EE.UU., 1991-2009



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

Fuente: Sistema de Vigilancia de las Conductas de Riesgo en los Jóvenes (Youth Risk Behavior Surveillance System), 1991-2009 Centro Nacional para la Promoción de la Salud y la Prevención de Enfermedades Crónicas y Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2010.

muestran pocas diferencias respecto al sexo (tabla 7). No hay datos recientes disponibles sobre el uso del tabaco entre los varios subgrupos de adolescentes hispanos. De acuerdo con un informe, 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 mayores¹⁰⁵.

Control

Una variedad de intervenciones de salud pública han comprobado ser eficaces en la reducción del uso del tabaco, como el

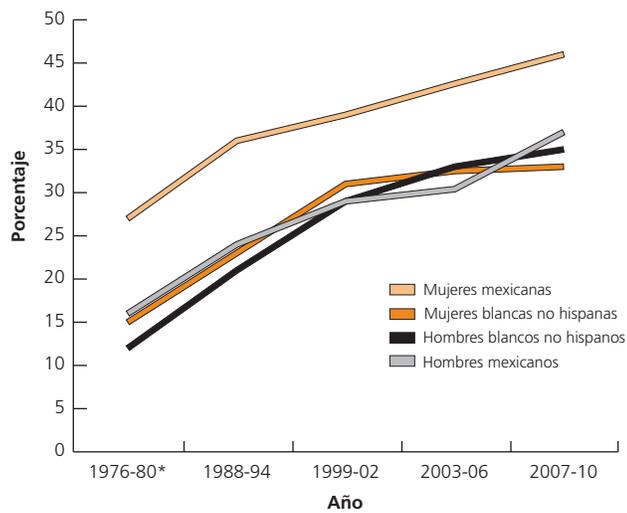
aumento del impuesto sobre el tabaco, las leyes contra el humo y las campañas contra la publicidad^{20,106,107}. Los aumentos en el impuesto sobre el tabaco pueden ser particularmente eficaces entre los hispanos, porque los estudios han determinado que este grupo es más sensible al precio que otros subgrupos de población¹⁰⁷. Las estrategias contra la publicidad también pueden ser eficaces para neutralizar las estrategias de publicidad y promocionales de la industria del tabaco dirigidas a los grupos hispanos¹⁰⁷⁻¹⁰⁹. Sin embargo, los programas estatales de control del tabaco típicamente no tienen el financiamiento adecuado en los niveles recomendados por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC)²⁰. En 2009, las asignaciones de financiamiento para el control del tabaco fueron menos del 50% de los niveles recomendados en siete estados con casi un 80% de la población hispana en EE.UU. (Arizona, California, Florida, Illinois, Nueva Jersey, Nueva York y Texas)¹¹⁰.

Sobrepeso y obesidad

Adultos

La obesidad esta asociada a un riesgo mayor de varios tipos de cánceres, incluidos el de seno (mujeres postmenopáusicas), adenocarcinoma del esófago, colon y recto, endometrio, riñones y páncreas^{111,112}. La obesidad también aumenta el riesgo de diabetes, alta presión arterial, enfermedades del corazón y muerte prematura¹¹². Un adulto con un índice de masa corporal (body mass index, BMI) de 30 o más se considera obeso, mientras que si es de 25 o más se considera con sobrepeso. El BMI es la relación entre el peso (kilogramos) y la estatura (metros) al cuadrado (vea la barra lateral, página 19)

Figura 11. Tendencias de obesidad entre adultos mexicanoamericanos y blancos no hispanos de 20 a 74 años de edad, EE.UU., 1976-2010



Índice de masa corporal ≥ 30.0 kg/m² (edad ajustada a la población estándar de EE.UU. de 2000). *Los datos sobre los mexicanoamericanos son de los años 1982-84. Fuente: Encuesta Nacional de Investigación sobre la Salud y la Nutrición, Encuesta de Investigación sobre la Salud y la Nutrición de los Hispanos (1982-84). Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2012.

A principios de la década de los noventa, el 21% de los adultos estadounidenses era obeso; en el período 2009-2010, esta cifra había aumentado a 35%¹¹³⁻¹¹⁶. La prevalencia de la obesidad ha aumentado entre todos los grupos raciales/étnicos. El incremento súbito de la tasa de obesidad se vincula a cambios en el entorno social, incluida la disponibilidad y promoción de alimentos altos en calorías y bajos en valor nutritivo, y a las menores oportunidades de participar en actividades físicas en el trabajo, en los desplazamientos al trabajo, en la escuela o durante el tiempo de ocio^{112,117}. Estos cambios han dado como resultado un aumento en el consumo calórico y un descenso en el gasto energético de la población^{117,118}.

La prevalencia de la obesidad es mayor entre las mujeres hispanas que entre los hombres hispanos o las personas blancas no hispanas (figura 11). 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 27% de las mujeres mexicanoamericanas y el 16% de los hombres mexicanoamericanos eran obesos; para 2009-2010, esos números han aumentado a 45% entre las mujeres y 37% entre los hombres¹¹³. La prevalencia del sobrepeso en la población mexicanoamericana en 2009-2010

Definición de sobrepeso y obesidad

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 de edad 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.

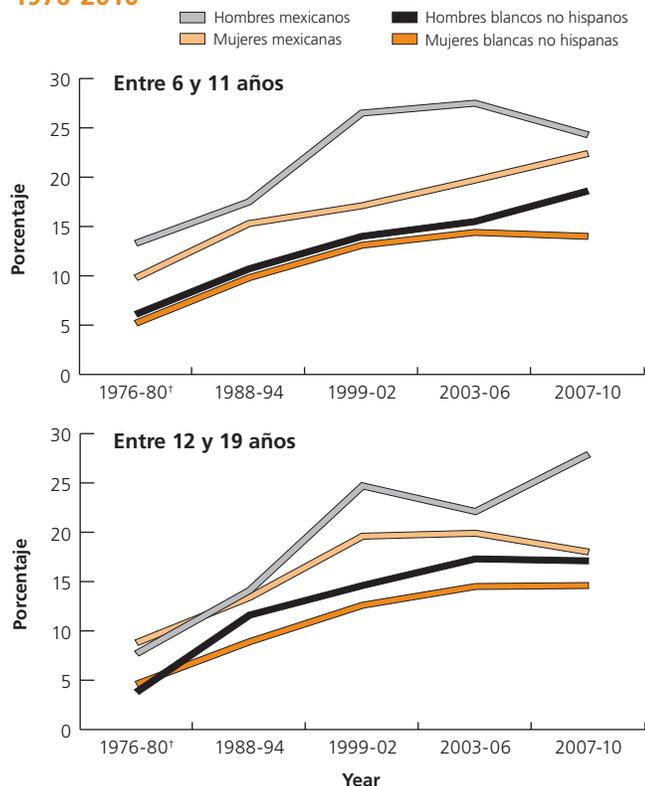
Estatura (pies y pulgadas)	Peso corporal (en libras)	
	Sobrepeso*	Obesidad†
6'4"	205	246
6'3"	200	240
6'2"	194	233
6'1"	189	227
6'0"	184	221
5'11"	179	215
5'10"	174	209
5'9"	169	203
5'8"	164	197
5'7"	159	191
5'6"	155	186
5'5"	150	180
5'4"	145	174
5'3"	141	169
5'2"	136	164
5'1"	132	158
5'0"	128	153
4'11"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

fue de 80% en las mujeres y 82% en los hombres, comparada con 60% y 74% en las mujeres y hombres blancos no hispanos, respectivamente¹¹³. La duración de la residencia en EE.UU. está asociada con el peso corporal. La prevalencia de obesidad entre los inmigrantes que han vivido en EE.UU. por al menos 15 años es el doble que la de los inmigrantes nuevos (residencia menor de un año)¹¹⁹.

Figura 12. Tendencias de la obesidad entre los niños mexicanoamericanos y los blancos no hispanos, 1976-2010



*BMI al punto de corte del 95 percentil o más con base en el BMI específico del sexo por edad de 2000 de los Cuadros de Crecimiento de los CDC. † Los datos sobre los mexicanoamericanos en 1976-80 son de los años 1982-84.

Fuente: Encuesta Nacional de Investigación sobre la Salud y la Nutrición, Encuesta de Investigación sobre la Salud y la Nutrición de los Hispanos (1982-84). Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional de Salud y Estadísticas de Salud, Estados Unidos.

Además de evitar el uso del tabaco, el mantenimiento de un peso saludable y la realización regular de actividades físicas son las estrategias más importantes para reducir el riesgo de cáncer, así como muchas otras enfermedades crónicas¹¹². Las guías de nutrición y actividad física para la prevención del cáncer de la Sociedad Americana Contra El Cáncer, que se actualizaron recientemente en 2012, recomiendan lograr y mantener un peso saludable durante toda la vida, adoptar un estilo de vida físicamente activo, llevar una dieta saludable con énfasis en alimentos de origen vegetal y limitar el consumo de bebidas alcohólicas¹¹². Las recomendaciones del Departamento de Agricultura de EE.UU. sobre nutrición y actividades físicas para los estadounidenses son congruentes con las de la Sociedad y están disponibles en español. (Si desea más información, consulte *Las Guías Alimentarias para los Estadounidenses, 2010* en choosemyplate.gov/print-materials-ordering/DGbrochure-spanish.pdf.)

Jóvenes

Los niños con sobrepeso frecuentemente se convierten en adultos con sobrepeso, incrementando el riesgo de sufrir una variedad amplia de trastornos médicos¹¹⁸. Algunas de las consecuencias del sobrepeso y la obesidad pueden producirse en la adolescencia, tales como hipertensión, colesterol elevado y diabetes¹¹⁸. La obesidad en niños de todos los grupos étnicos y raciales se ha incrementado notablemente en los Estados Unidos desde 1980^{20,114,118}.

El índice de masa corporal (BMI, por sus siglas en inglés) 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 específicos¹¹⁴. Los datos de la NHANES indican que, entre finales de la década de los setenta y 2010, 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^{114,116}. El porcentaje de niños y adolescentes obesos ha sido constantemente más alto entre los mexicanoamericanos que entre los blancos no hispanos (figura 12). En 2009-2010, uno de cada cinco (21%) niños hispanos (de 2 a 19 años de edad) era obeso, en comparación con 14% de blancos no hispanos¹¹⁴. Las estrategias de prevención de la obesidad a nivel de la comunidad, la escuela y la familia, son necesarias para abordar la epidemia infantil en EE.UU.^{118,120,121}

Estrategias en la comunidad

Cada vez se reconoce más que los múltiples aspectos de los entornos sociales en donde las personas viven, trabajan y juegan parecen estar relacionados con el sobrepeso y la obesidad^{112,118,122}. Aunque una alimentación saludable y la actividad física son cuestión de preferencias personales, la comida que se encuentra más abundantemente localmente (p. ej., restaurantes de comida rápida vs la concentración de supermercados) y las características encontradas en el entorno (p. ej., asequibilidad a parques, gimnasios u otros entornos recreativos) pueden influenciar la decisión y la habilidad de las personas para adoptar un estilo de vida saludable^{117,118,122}. Por lo tanto, las guías de nutrición y actividad física de la Sociedad Americana Contra El Cáncer incluyen recomendaciones a nivel comunitario. 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 física¹¹². 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; y (3) proporcionar vías de transportación seguras y físicamente activas (como para andar

en bicicleta y caminar) y actividades recreativas en las comunidades. Un ejemplo de este tipo de planificación urbana en la comunidad hispana es el Plan El Paso 2010, que recibió el Premio Nacional por el Logro de un Crecimiento Inteligente de parte de la Agencia de Protección Ambiental de EE.UU. Si desea más información sobre el Plan El Paso, visite planelpaso.org.

Alcohol

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 oral y faringe, esófago, laringe, colon y recto y de seno en mujeres^{92,123-125}. Las normas dietéticas de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para la prevención y reducción del riesgo del cáncer indican que los hombres deben limitar el consumo de alcohol a no más 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 poblaciones¹¹².

Según los datos de la Encuesta Nacional de Entrevistas sobre Salud de 2010, los hispanos tienden a consumir menos alcohol que los blancos no hispanos, especialmente las mujeres. Alrededor del 2% de las mujeres hispanas y del 4% de los hombres hispanos reportaron beber excesivamente alcohol, comparado con el 6% de las mujeres blancas no hispanas y el 7% de los hombres blancos no hispanos (tabla 6, página 17). Sin embargo, algunos estudios han reportado tasas de consumo desenfrenado de alcohol entre los hombres mexicanos más altas que entre los hombres blanco no hispanos^{56,57}. El menor consumo de alcohol entre las mujeres hispanas se puede explicar por las costumbres y actitudes sociales dentro de la cultura hispana y por factores socioeconómicos¹²⁶⁻¹²⁸. Es importante que los esfuerzos de promoción de la salud y prevención del cáncer entre los hispanos adultos alienten la adopción del consejo de nutrición sobre el consumo de alcohol^{129,130}.

Jóvenes

En 2009 se observaron niveles de consumo de alcohol reportado entre los estudiantes hispanos de preparatoria similares a los de los blancos no hispanos. Un total del 43% de las muchachas y los muchachos hispanos indicaron haber consumido alcohol al menos un día de los 30 días previos a la encuesta; un 24% indicaron haber consumido cinco o más bebidas en una misma ocasión (tabla 7, página 18). Al igual que el hábito de fumar, el consumo de alcohol en las adolescentes hispanas es equivalente al de los adolescentes hispanos, y contrasta marcadamente con las tasas mucho menores de consumo de alcohol entre las mujeres en comparación con los hombres hispanos. Las estrategias de prevención para reducir el uso de alcohol entre los jóvenes hispanos enfatizan la importancia de la comunicación con los padres y las intervenciones de la familia¹³¹⁻¹³³.

Agentes infecciosos

Helicobacter pylori

La infección crónica con una bacteria llamada *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) es un factor de riesgo importante del cáncer de estómago⁵⁹. Aproximadamente la mitad de la población mundial está infectada con *H. pylori*, aunque la mayoría no lo sabe porque no experimentan síntomas. En EE.UU., las tasas de infección entre los hispanos son de dos a cuatro veces las de los blancos, y declinan entre generaciones sucesivas. Por ejemplo, en comparación con los hispanos nacidos en EE.UU. de segunda generación, la prevalencia es aproximadamente 10 veces mayor entre los hispanos nacidos en otros países y tres veces mayor que la de los hispanos nacidos en EE.UU. de primera generación¹³⁴. El riesgo de cáncer de estómago varía entre los hispanos con respecto a su lugar de nacimiento en congruencia con estos patrones¹³⁵. En México, aproximadamente un 66% de los adultos tienen resultados positivos de *H. pylori*¹³⁶. Se piensa que la transmisión de *H. pylori* ocurre de persona a persona a través de rutas fecales-orales y orales-orales, y se facilita por las condiciones de vida atestada y una higiene relativamente pobre en los países de origen de muchos inmigrantes hispanos. Sin embargo, debido a que las fuentes y las rutas de transmisión son inciertas, no se han recomendado estrategias de prevención primarias específicas. Las personas infectadas con *H. pylori* que experimentan síntomas o que tienen antecedentes familiares de cáncer de estómago pueden recibir tratamiento exitoso con antibióticos¹³⁷.

Virus de la hepatitis B y virus de la hepatitis C

La infección crónica con el virus de la hepatitis B (VHB) y con el virus de la hepatitis C (VHC) está fuertemente asociada con el desarrollo de cirrosis y de cáncer de hígado⁵¹. Desde 1982 ha existido una vacuna para la prevención primaria de la infección con el VHB que ha dado como resultado una reducción substancial en las infecciones con el VHB entre los niños^{138,139}. La prevalencia de la infección con el VHB (pasada o presente) también ha disminuido entre los mexicoamericanos, de 5% en 1988-1994 a 3% en 1999-2006¹³⁸. En contraste, la prevalencia de las infecciones con el VHB permaneció relativamente inalterada a 3% entre los blancos no hispanos en EE.UU. durante este periodo. Un historial de infecciones con el VHB es más común entre personas nacidas en otros países (12%) que entre personas nacidas en EE.UU. (4%)¹³⁸. Se ha estimado que los inmigrantes a EE.UU., muchos de los cuales provienen de países con alta prevalencia, representan un 95% de las nuevas infecciones con el VHB¹⁴⁰.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades recomiendan la administración de las tres dosis de la vacuna contra la hepatitis B a todos los infantes al momento de nacer, a los niños de 0 a 18 años de edad que no se han vacunado, y a los adultos de alto riesgo (p. ej., los trabajadores del sector salud, los usuarios de drogas inyectables y las personas que tienen múltiples parejas sexuales^{141,142}). Las mujeres embarazadas se deben

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

Mujeres

- Vacunación de rutina a los 11 a 12 años de edad (se puede comenzar a los 9 años de edad) con tres dosis ya sea de Cervarix o de Gardasil
- Vacunación a los 13 a 26 años de edad para aquellas mujeres que no hayan recibido la vacuna o que no hayan completado la serie de tres dosis.

Hombres

- Vacunación de rutina a los 11 a 12 años de edad (se puede comenzar a los 9 años de edad) con tres dosis de Gardasil
- Vacunación a los 13 a 21 años de edad para aquellos hombres que no hayan recibido la vacuna o que no hayan completado la serie de tres dosis; los hombres de 22 a 26 años de edad también se pueden vacunar
- Vacunación de hombres hasta los 26 años de edad que tengan un sistema inmunitario debilitado (p. ej., debido a una infección con el VIH) o que tengan relaciones sexuales con hombres

*El Comité Recomendatorio de Prácticas de Inmunización emitió las recomendaciones federales oficiales sobre el uso de vacunas en EE.UU., y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades las han publicado. Estas recomendaciones son actuales al 1.º de julio de 2012.

Si desea más información, visite los siguientes sitios Web:
cdc.gov/vaccines/pubs/vis/downloads/vis-hpv-gardasil.pdf.
cdc.gov/vaccines/pubs/vis/downloads/vis-hpv-cervarix.pdf

someter a exámenes de detección de la infección con el VHB, y si obtienen resultados positivos, los infantes recién nacidos deben recibir la vacuna de inmunoglobulina para hepatitis B y la vacuna contra la hepatitis B dentro de las primeras 12 horas del nacimiento¹⁴³.

En contraste con la infección con el VHB, no existe una vacuna para proteger contra la infección con el VHC. Aunque la infección con el VHC es la infección transmitida por sangre más común en EE.UU., las personas infectadas con frecuencia no saben su estado positivo porque no presentan síntomas¹⁴⁴. El virus se propaga de sangre a sangre o por contacto sexual (por ejemplo, el uso de drogas inyectables, el recibo de una transfusión de sangre o el trasplante de un órgano no analizados o diálisis renal). Los datos de 1999 a 2002 mostraron una prevalencia similar de infecciones con el VHC entre los mexicanoamericanos (1.3%) y los blancos no hispanos (1.5%), mientras que las personas nacidas en México tienen aproximadamente una tercera parte de las probabilidades de las personas nacidas en EE.UU. 0.5% versus 1.8%, respectivamente, de resultar infectados¹⁴⁵. De manera similar, los hispanos nacidos en EE.UU. tienen muchas más probabilidades que los hispanos nacidos en otros países de tener factores de riesgo de la infección con el VHC (p. ej., uso de drogas inyectables, diálisis renal o tatuajes)¹⁴⁶.

Las estrategias principales de prevención incluyen tanto la educación de las personas no infectadas que corren alto riesgo de la infección sobre la prevención de la exposición, como el asesoramiento de las personas infectadas sobre cómo evitar la transmisión a otras personas¹⁴⁴. También se recomiendan

exámenes de detección de rutina de personas a alto riesgo a fin de identificar a las infectadas. En el entorno de atención médica, los trabajadores deben recibir educación sobre la importancia de las técnicas de control de infecciones cuando manejan todos los productos de sangre. Recientemente también se ha propuesto la realización de un examen de detección único a las personas nacidas entre 1945 y 1965, como una estrategia para identificar a personas infectadas con el VHC¹⁴⁷.

Virus del papiloma humano

La infección persistente con el virus del papiloma humano (VPH) causa casi todos los cánceres de cuello uterino y anales, aproximadamente un 40% de otros cánceres genitales (p. ej., vaginal, vulvar, de pene), y una creciente proporción de cánceres de cabeza y cuello¹⁴⁸⁻¹⁵⁰. Entre estos cánceres que actualmente se sabe que están asociados con el VPH, los hispanos tienen mayores tasas que los no hispanos de cánceres del cuello uterino y del pene¹⁵¹. El VPH es la infección de transmisión sexual más común en EE.UU., y los adolescentes y los adultos jóvenes tienen la mayor prevalencia entre todos los grupos de edades; casi la mitad de las mujeres entre 20 y 24 años de edad están infectadas¹⁵². La prevalencia de la infección con el VPH entre las mujeres de 14 a 59 años de edad es similar entre las mexicanoamericanas y las blancas no hispanas (24%)¹⁵²; sin embargo, la primera generación de inmigrantes mexicanas tiene una mayor prevalencia de infecciones con el VPH que las mujeres mexicanas nacidas en EE.UU.¹⁵³. Es importante hacer notar que el cuerpo elimina satisfactoriamente la mayoría de las infecciones con el VPH en

el cuello uterino en el lapso de un año, y no resulta en la infección persistente que causa la progresión a cáncer¹⁵⁴.

Hay más de 100 tipos del VPH, y sólo 12 de ellos causan cáncer¹⁴⁹. Los tipos 16 y 18 del VPH representan aproximadamente un 70% de todos los casos de cáncer de cuello uterino y casi todos los demás cánceres relacionados con el VPH^{149,155}. Actualmente en EE.UU. hay disponibles dos vacunas aprobadas por la FDA para la prevención de las infecciones con el VPH. Gardasil protege contra cuatro tipos de VPH (6, 11, 16 y 18) y se recomienda su uso tanto en hombres como en mujeres; Cervarix protege contra dos tipos de VPH (16 y 18) y su uso se recomienda sólo en mujeres. Se recomienda la vacuna contra el VPH para todas las adolescentes (de 11 y 12 años de edad) y para las mujeres (de 13 a 26 años de edad) que no han recibido la vacuna, para prevenir el cáncer de cuello uterino. Ambas vacunas se administran en tres dosis en el curso de seis meses. Las vacunas están cubiertas

bajo el Programa Vacunas para Niños (Vaccines for Children, VFC), un subsidio nacional que proporciona vacunas gratis a los niños menores de 18 años que tienen seguro insuficiente o que no tienen seguro. La mayoría de las compañías de seguros también cubren la vacuna²⁰.

La Encuesta Nacional de Inmunización anual entre adolescentes (de 13 a 17 años de edad) comenzó a supervisar la utilización de la vacuna contra el VPH en 2007, y reveló una variación en la cobertura por raza/etnicidad (tabla 7, página 18). Aunque más niñas hispanas (56%) que blancas no hispanas (46%) iniciaron la vacunación, la tasa de conclusión de la serie de tres dosis recomendadas fue menor entre las hispanas (56% versus 75%)¹⁵⁶. Aunque las tendencias en la utilización de la vacuna contra el VPH han sido positivas, se necesitan esfuerzos continuos para abordar las barreras y ampliar la cobertura¹⁵⁶.

Pruebas de detección del cáncer

Las pruebas de detección regulares pueden descubrir el cáncer en etapa temprana y mejorar las probabilidades de curación de algunos tipos de cáncer^{20,157}. Los exámenes de detección también pueden prevenir algunos cánceres (de cuello uterino y de cáncer y colon) detectando y eliminando crecimientos que tienen la probabilidad de progresar a cáncer¹⁵⁷.

Pruebas de detección del cáncer de cuello uterino

El uso regular de pruebas de Papanicolaou y del VPH, seguidas por el tratamiento apropiado y oportuno, reducen los fallecimientos por cáncer de cuello uterino¹⁴⁹. En 2012, la Sociedad Americana Contra El Cáncer actualizó las recomendaciones sobre los exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y de lesiones precancerosas. Estas guías recomiendan que las mujeres que tienen un riesgo medio deben comenzar a hacerse exámenes de detección a los 21 años de edad y continuar a intervalos regulares al menos hasta los 65 años de edad. Si desea más información, puede ver las guías detalladas de los exámenes de detección de cáncer en la página 25. Las mujeres que corren un riesgo alto de cáncer de cuello uterino, como las que están infectadas con el VIH, han recibido trasplantes de órganos o están expuestas al medicamento dietilstilbestrol (diethylstilbestrol, DES), pueden requerir exámenes de detección con mayor frecuencia. Hasta las mujeres que han recibido la vacuna contra el VPH deben seguir las recomendaciones sobre los exámenes de detección de cáncer de cuello uterino¹⁴⁹.

Aunque históricamente las mujeres hispanas han tenido menos probabilidades de participar en exámenes de detección de cáncer de cuello uterino en comparación con las mujeres

blancas no hispanas, las tasas han mejorado en las décadas recientes^{157,158}. La prevalencia de pruebas de Papanicolaou recientes entre las mujeres hispanas de 18 años de edad y más aumentó del 64% en 1987 al 75% en 2010. Entre los subgrupos de hispanas, las mujeres puertorriqueñas y cubanas ($\geq 80\%$) tienen las mayores tasas de exámenes de detección de cáncer de cuello uterino. Independientemente del grupo étnico, es menos probable que las mujeres sin seguro médico se hayan sometido recientemente a una prueba de Papanicolaou que las mujeres que sí tienen seguro médico (tabla 8, página 24).

Exámenes de detección de cáncer de seno

La mamografía (mamograma) es un procedimiento con dosis bajas de rayos X a través del cual se puede detectar el cáncer de seno en una etapa en la que el tratamiento puede ser más eficaz. La Sociedad Americana Contra El Cáncer recomienda hacerse mamografías 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 seno¹⁵⁷. 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 3% aproximadamente^{159,160}. En 2010, el 47% de las mujeres hispanas de 40 años y mayores se había realizado un mamograma en el último año, comparado con el 52% de las mujeres blancas no hispanas (tabla 8, página 24). Entre los subgrupos de hispanas, las mujeres mexicanas y las centro/suramericanas tuvieron menos probabilidades de haberse hecho un mamograma reciente. No obstante el aumento en el uso de exámenes de detección, el cáncer de

Tabla 8. Uso de pruebas de detección del cáncer (%), por origen hispano, EE.UU., 2010

	Hispanos		Subgrupos hispanos					Blancos no hispanos	
	Todos	No tiene seguro	Puerto-riqueños	Mexicanos	Cubanos	Domini- canos	Centro o sudame- ricanos	Todos	No tiene seguro
Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino (entre mujeres* de 21 años en adelante)									
Prueba de Papanicolaou en los últimos tres meses	74.7	53.5	83.0	71.6	80.0	77.4	75.6	79.1	63.1
Exámenes de detección de cáncer de seno (entre mujeres de 40 años en adelante)									
Mamogramas en los últimos dos años	64.4	29.0	68.2	61.6	69.4	77.8	62.2	67.0	41.1
Mamogramas en el último año	46.5	16.3	51.3	44.3	54.7	51.5	48.4	51.5	22.2
Exámenes de detección de cáncer de colon y recto† (en adultos de 50 años en adelante)									
Total	47.0	19.5	53.7	45.2	47.0	46.4	44.4	61.5	21.6
Hombres	42.2	16.2	50.9	39.2	–	–	34.5	63.2	10.7
Mujeres	51.2	23.6	56.1	51.0	57.4	–	51.0	60.2	41.0

Ajustados por edades a la población estándar de EE.UU. en 2000. Los datos faltantes indican un tamaño insuficiente de la muestra. *Entre las mujeres con útero intacto. †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.

Fuente: Archivo de datos de uso público de la Encuesta Nacional sobre Entrevistas de Salud 2010, Centro Nacional de Estadísticas de Salud, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2011.

seno se detecta a una etapa avanzada con más frecuencia en las mujeres hispanas que en las blancas no hispanas (figura 6, página 8). 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^{161,162}.

Exámenes de detección de cáncer de colon y recto

La Sociedad Americana Contra El Cáncer recomienda que los exámenes de detección de colon y recto se inicien a partir de los 50 años de edad en el caso de personas con riesgo moderado que no presenten síntomas de cáncer de colon y recto¹⁵⁷. Los hispanos de 50 años de edad y más tienen menos probabilidades de haberse hecho un examen de detección de cáncer de colon y recto reciente que los blancos no hispanos, 47% vs. 62%, respectivamente (tabla 8). Entre los hispanos, hay diferencias en el uso reciente de pruebas de cáncer de colon y recto por país de origen^{163,164}. De manera similar a los exámenes de detección de otros cánceres, los latinos de México y de América del Centro tienen las menores probabilidades de haberse sometido recientemente a un examen de detección de cáncer de colon y recto. Sólo aproximadamente 20% de las personas de 50 años de edad y más que no tienen seguro se hicieron recientemente una prueba de detección de cáncer de colon y recto, independientemente de la etnicidad (tabla 8).

Pruebas de detección del cáncer de próstata

La evidencia sobre la eficacia que tienen las pruebas de detección temprana de cáncer de próstata es insuficiente para recomendar o no recomendar el examen digital del recto o la prueba del antígeno prostático específico a los hombres con riesgo moderado. Los resultados de estudios clínicos recientemente publicados son conflictivos respecto a los beneficios del examen del PSA en la reducción de los fallecimientos por cáncer de próstata¹⁵⁷. Las guías de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para la detección temprana del cáncer de próstata promueven decisiones fundadas en los hombres de 50 años de edad o más que tienen una esperanza de vida de al menos 10 años. De acuerdo con las guías, los hombres deben tener la oportunidad de consultar con su médico y recibir información sobre las incertidumbres, riesgos y beneficios potenciales asociados con el examen del PSA, así podrán tomar una decisión lógica sobre si deben o no hacerse un examen de detección de cáncer de próstata¹⁵⁷. No hay datos nacionales disponibles conformes con las guías para poder evaluar efectivamente la proporción de hombres elegibles por edad y sus proveedores que siguen estas recomendaciones.

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

Guías de exámenes de detección para la detección temprana del cáncer en personas asintomáticas de riesgo medio

Tipos de cáncer	Población	Prueba o procedimiento	Frecuencia
Seno	Mujeres mayores de 20 años	Autoexploración del seno	A partir del principio de sus años veinte, se debe notificar a las mujeres sobre los beneficios y las limitaciones de la autoexploración del seno (breast self-examination, BSE). Se debe enfatizar la importancia de reportar inmediatamente a un profesional médico cualquier síntoma nuevo en el seno. Las mujeres que opten por realizarse BSE deben recibir instrucciones para hacerlo y se debe observar su técnica en los exámenes médicos periódicos. Es aceptable que las mujeres decidan no hacerse BSE o hacérselos de manera irregular.
		Examen clínico del seno	Para las mujeres en sus años veinte y treinta, se recomienda que el examen clínico del seno (clinical breast examination, CBE) sea parte de un examen físico periódico, al menos cada tres años. Las mujeres de 40 años y más que no presenten síntomas deben seguir haciéndose exámenes clínicos del seno como parte de su examen físico periódico, de preferencia anualmente.
		Mamografía	Comenzar una mamografía anual a los 40 años de edad.*
Colon y recto[†]	Hombres y mujeres, más de 50 años de edad	Pruebas para detectar pólipos y cáncer: Sigmoidoscopia flexible, [‡] o	Cada cinco años a partir de los 50
		Colonoscopia, o	Cada diez años a partir de los 50
		Enema de bario de doble contraste (Double-contrast barium enema, DCBE), [‡] o	Cada cinco años a partir de los 50
		Colonografía por TC (colonoscopia virtual) [‡]	Cada cinco años a partir de los 50
		Pruebas que principalmente detectan cáncer: Prueba de sangre oculta en heces (Fecal occult blood test, FOBT) con al menos 50% de sensibilidad de la prueba para el cáncer, o prueba inmunoquímica fecal (fecal immunochemical test, FIT) con al menos 50% de sensibilidad de la prueba para el cáncer ^{‡§} o	Anualmente a partir de los 50 años de edad
Exámenes de ADN en heces (ADNh) [‡]	Intervalo incierto, a partir de los 50 años de edad		
Próstata	Hombres, más de 50 años	Prueba del antígeno prostático específico (Prostate-specific antigen, PSA) con o sin examen digital del recto (digital rectal exam, DRE)	Los hombres asintomáticos con esperanza de vida de al menos 10 años deben tener la oportunidad de tomar una decisión fundamentada junto con su proveedor médico sobre el examen de detección de cáncer de próstata, después de recibir información sobre las incertidumbres, riesgos y posibles beneficios asociados con estos exámenes. No se deben hacer exámenes de detección de cáncer de próstata sin un proceso de toma de decisiones fundamentadas. [¶]
Cuello uterino	Mujeres entre 21 y 29 años	Prueba de Papanicolaou	Citología sola cada tres años (líquida o convencional) NO se recomienda la citología anual.
	Mujeres entre 30 y 65 años	Prueba conjunta del VPH y la prueba de Papanicolaou	Pruebas conjuntas de HPV + citología cada cinco años (de preferencia) o cada tres años solamente citología (aceptable). NO se recomiendan exámenes de detección más frecuentes.
	Mujeres mayores de 65 años de edad		Suspender después de los 65 años de edad si se obtienen resultados negativos en tres pruebas de citología o dos resultados negativos en pruebas del VPH en los últimos 10 años siendo las pruebas más recientes en los últimos 5 años
Endometrial	Mujeres, a la menopausia	En el momento de la menopausia, se debe informar a las mujeres con riesgo medio sobre los riesgos y los síntomas de cáncer endometrial, y se les recomienda enfáticamente que reporten a su médico cualquier sangrado o liberación de gotas de sangre inesperado.	
Revisiones relacionadas con el cáncer	Hombres y mujeres, más de 20 años de edad	En ocasión de un examen físico periódico, la revisión relacionada con el cáncer debe incluir exámenes de cáncer de tiroides, testículos, ovarios, ganglios linfáticos, cavidad oral y piel, así como asesoramiento médico sobre el tabaco, la exposición al sol, dieta y nutrición, factores de riesgo, prácticas sexuales y exposiciones ambientales y ocupacionales.	

*A partir de los 40 años de edad se debe realizar un examen clínico del seno antes de la mamografía.

†Las personas con antecedentes personales o familiares de cáncer de colon y recto o adenomas, enfermedad inflamatoria intestinal o síndromes genéticos de alto riesgo deben continuar siguiendo las recomendaciones más recientes para personas con mayor riesgo o alto riesgo.

‡Si los resultados de la prueba son positivos se debe hacer una colonoscopia.

§Si se usa FOBT o FIT como prueba de detección, se debe usar el método de múltiples muestras tomadas en casa. Un FOBT o un FIT durante un examen rectal digital en el consultorio del médico no es adecuado para la detección.

¶Se debe proporcionar información a los hombres sobre los beneficios y limitaciones de las pruebas para que puedan tomar una decisión fundada con asistencia del clínico.

en la menor proporción de utilización de servicios preventivos, tales como pruebas de detección del cáncer^{163,164}. 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

conocimientos¹⁶⁵. Los estudios han mostrado que la presencia de apoyo social puede mejorar la participación en los exámenes de detección¹⁶⁶. 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 prevenir los beneficios de la detección temprana del cáncer también son estrategias eficaces para mejorar la participación en los exámenes de detección del cáncer.

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

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

Características socioeconómicas

En Estados Unidos, en comparación con los blancos no hispanos, los hispanos tienen menores niveles de logros educativos, más probabilidades de vivir en la pobreza, y menos probabilidades de tener seguro médico (tabla 9). En 2009, 13% de los hispanos habían obtenido al menos un grado de licenciatura, y 23% vivían en la pobreza, en comparación con un 31% y un 9%, respectivamente, de los blancos no hispanos. Sin embargo, también hay diferencias socioeconómicas significativas dentro de la comunidad hispana según el país de origen. Por ejemplo, aunque los cubanos tienen mayores probabilidades de haber nacido fuera del país, son también los más educados y los que tienen menos probabilidades de vivir en la pobreza.

Acceso a la atención médica

El acceso a la atención médica influye en el uso de servicios preventivos (p. ej., inmunizaciones y exámenes de detección de cáncer) así como en el recibo de tratamiento de cáncer³². Muchos hispanos se enfrentan a barreras financieras, estructurales y personales para recibir atención médica¹⁶⁷. Las barreras financieras incluyen seguro médico inadecuado, bajos ingresos personales

y altas tasas de pobreza (tabla 9). Las barreras estructurales incluyen pobre acceso geográfico y falta de transportación a los servicios¹⁶⁸. Las barreras personales para recibir atención incluyen factores culturales y lingüísticos, así como discriminación y prejuicio de los proveedores¹⁶⁹⁻¹⁷². En EE.UU., el acceso a la atención médica está estrechamente relacionado con la cobertura del seguro. Entre todos los grupos raciales o étnicos, los hispanos son los que tienen menos probabilidades de tener seguro médico³². Dentro de la población hispana, las mayores tasas de personas no aseguradas se encuentran entre los mexicanos y los centro y suramericanos y aquellos que nacieron fuera del país (tabla 9). Los hispanos en general tienen también la mitad de las probabilidades de tener una fuente de atención usual que los blancos no hispanos.

Muchos factores subyacentes se relacionan con la carencia de cobertura médica y no con el no tener una fuente usual de atención. Es más probable que los hispanos trabajen en agricultura, construcción, servicios domésticos y de alimentos y otras ocupaciones de salario bajo, que tienen menos probabilidades de ofrecer beneficios de seguro médico de empleadores que la población blanca no hispana¹⁷³. Los obstáculos a la atención médica son prevalentes particularmente entre los trabajadores inmigrantes hispanos^{174,175}.

La eliminación de disparidades en el acceso a la atención médica es una tarea intimidante para las políticas de atención médica en EE.UU. La aprobación de la Ley de Atención Asequible (Affordable Care Act, ACA) de 2010 ofrece algunas probabilidades futuras para reducir el número de personas sin seguro, particularmente entre aquellas con estado socioeconómico menor, aunque no se conocerá el impacto real de la ACA sino hasta que la legislación se implemente totalmente. Sin embargo, los resultados de la legislación de la reforma de la atención médica aprobada en Massachusetts en 2006, que fue un modelo de la ACA, proporcionan una indicación del potencial significativo de la reforma de la atención médica nacional para reducir las disparidades en la cobertura médica y el acceso en la población

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 (familia, amigos y trabajo) y compartir historias y fotografías sobre su vida.
- 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.

Tabla 9. Características socioeconómicas y de acceso a la atención médica (%) por origen hispano

	Hispanos					Blancos no hispanos
	Todos	Puertorriqueños	Mexicanos	Cubanos	Centro o sudamericanos	Todos
Características socioeconómicas*						
Nacidos en el extranjero	37.1	1.2	35.6	62.4	58.3	3.8
Ingresos por debajo de la tasa de pobreza	23.0	24.0	24.0	15.0	15.5	9.2
≥ 16 años de educación*	13.0	16.0	9.0	24.0	17.0	31.1
Habla inglés "bien" o "muy bien"	71.1	87.2	69.7	67.0	67.1	77.2
Características de atención médica						
Mediana de edad (años)	27	28	25	40	30	42
Sin cobertura médica						
Por edad:						
0-17 años	13.8	7.1	15.3	10.1	15.6	5.9
Más de 18 años	34.5	17.5	37.3	28.8	40.1	13.8
18-64 años	40.8	20.8	44.1	34.4	47.0	16.6
≥65 años	3.5	0.9	3.9	1.2	7.2	0.3
Por nacimiento:						
Nacidos en EE.UU	20.0	17.7	21.6	14.3	12.0	13.7
Nacidos en el extranjero	45.6	–	49.1	38.0	44.3	16.2
Sin fuente regular de atención médica†						
Hombres	38.7	24.0	40.4	38.5	44.0	23.1
Mujeres	24.5	12.9	26.8	20.3	28.1	12.6

Ajustados por edades a la población estándar de EE.UU. en 2000. *Entre adultos de más de 25 años de edad. †Entre adultos de 18 a 64 años de edad.

Fuentes: Características socioeconómicas (excepto el idioma): American Community Survey, 2009 compilada por Pew Hispanic Research Center, 2011. Dominio del idioma inglés: American Community Survey, 2008-2010, US Census Bureau. Accedido mediante DataFerrett 25 de mayo de 2012. Características de atención médica: Encuestas Nacionales de Entrevistas de Salud, 2009-2010, Centro Nacional para la Promoción de la Salud y la Prevención de Enfermedades Crónicas y Centros de Control y la Prevención de las Enfermedades.

hispana. Por ejemplo, entre 2005 y 2009, la proporción de personas que reportaron tener una atención médica usual aumentó un 15% entre los hispanos, en comparación con sólo un 2% entre los blancos no hispanos¹⁷⁶.

Valores y creencias culturales

La competencia cultural es un elemento importante para proporcionar atención médica y servicios preventivos de alta calidad a poblaciones diversas¹⁷⁷. La competencia cultural es un conjunto de actitudes, destrezas, comportamientos y políticas

que permiten que las organizaciones y su personal trabajen efectivamente en situaciones multiculturales¹⁷². Refleja la habilidad de adquirir y usar el conocimiento de las creencias, actitudes, prácticas y patrones de comunicación referentes a la salud de los pacientes y su familia para mejorar los servicios, fortalecer los programas, aumentar la participación de la comunidad y eliminar las diferencias en el estado de salud entre diversos grupos de población. La competencia cultural también incluye conocimientos específicos de la población, incluidos las creencias y los valores culturales relacionados con la salud, la prevalencia de las enfermedades y la eficacia de los tratamientos¹⁷⁸.

El crecimiento en aumento de las poblaciones de las comunidades raciales y étnicas y grupos lingüísticos, cada uno de ellos con sus propios rasgos culturales y perfiles de salud, presenta

retos para los sistemas de suministro de atención médica y para los profesionales individuales. Muchos expertos han sugerido que la competencia cultural desempeña un papel importante en la eliminación de las diferencias en la atención médica entre grupos raciales y étnicos¹⁷². Numerosas organizaciones han desarrollado recursos de competencia cultural para asistir a los proveedores médicos y a los profesionales de salud pública. Dos ejemplos disponibles en línea son:

- La Alianza Nacional para la Salud Hispana (National Alliance for Hispanic Health), en hispanichealth.arizona.edu/primer%20for%20cultural%20proficiency%20nahh.pdf
- La Oficina de Salud de Grupos Minoritarios (Office of Minority Health), en minorityhealth.hhs.gov/templates/browse.aspx?lvl=1&lvlID=3

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

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

Ayudamos a las personas a seguir bien y a recuperarse

La Sociedad Americana Contra El Cáncer ayuda a las personas dondequiera que estén a seguir bien previniendo el cáncer o detectándolo en sus etapas tempranas, cuando es más tratable. Si reciben un diagnóstico de cáncer, la Sociedad les proporciona 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 Contra El Cáncer proporciona información actualizada y precisa durante todo el espectro del cáncer, desde la prevención hasta la supervivencia y apoyo al final de la vida, en español y en inglés 24 horas al día, siete días a la semana en el teléfono 1-800-227-2345 y en línea en cancer.org.

La Sociedad desarrolla numerosos materiales en español, como el paquete de recursos de información sobre el cáncer de colon y recto y *Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos*, para educar a las poblaciones de habla hispana sobre el cáncer. También hay disponible información en bengalí, chino, francés, criollo haitiano, hindí, coreano y ruso, 170 idiomas en total. Si desea más información, visite el sitio Web de Easy Reading Project en cancer.org/easyreading.

Elecciones diarias para una vida más saludable (Everyday Choices For A Healthier Life) es una iniciativa conjunta de la

Sociedad Americana Contra El Cáncer, la Asociación Americana de Diabetes y la Asociación Americana del Corazón para fomentar la prevención y la detección temprana del cáncer, la diabetes, las enfermedades del corazón y los accidentes cerebrovasculares. El sitio Web (everydaychoices.org) y el folleto de Everyday Choices están disponibles en español.

Programas y servicios

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

Ayuda con los efectos secundarios del tratamiento en la apariencia

Luzca Bien Siéntase Mejor® (Look Good Feel Better®) es para las mujeres hispanas que están recibiendo tratamiento del cáncer. El programa, que es una colaboración de la Sociedad, Personal Care Products Council Foundation y la Asociación Profesional de Belleza | Asociación Nacional de Cosmetología, enseña a las pacientes técnicas de belleza para restablecer su imagen personal y enfrentarse a los efectos secundarios relacionados con la apariencia durante los tratamientos de quimioterapia y radiación.

Esperanza e inspiración

Las personas con cáncer y sus seres queridos no tienen que enfrentarse solos a su experiencia con el cáncer. Se pueden relacionar con otros que “han pasado por lo mismo” a través de Red De Sobrevivientes Del Cáncer™ (Cancer Survivors Network™) de

la Sociedad Americana Contra El Cáncer. La comunidad en línea incluye testimonios pregrabados en español por sobrevivientes del cáncer hispanos que comparten su experiencia personal con esta enfermedad.

Ayuda con el sistema de atención médica

Aprender cómo navegar en el viaje por el cáncer y el sistema de atención médica puede ser abrumador para cualquiera, pero es particularmente difícil para las personas que no cuentan con atención médica adecuada. El Programa Guías de Pacientes de la Sociedad Americana Contra El 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 que reciben atención médica insuficiente. La meta del programa es proporcionar a los pacientes oncológicos y a sus familiares información sobre el cáncer, personalizada y fiable, referencias a los recursos de la Sociedad y un seguimiento oportuno.

Apoyo para abandonar el tabaco

La Sociedad ayuda a las personas a dejar de usar tabaco a través del programa Quit For Life® de la Sociedad Americana Contra El Cáncer, que es operado por Alere Wellbeing. Las dos organizaciones tienen 35 años de experiencia combinada en programas para dejar de usar tabaco, y han ayudado a más de un millón de usuarios del tabaco. Los participantes del programa reciben asesoramiento de entrenadores bilingües y materiales de aprendizaje en español.

Apoyo sobre el cáncer de seno

Sobrevivientes de cáncer de seno capacitadas proporcionan apoyo personal, información e inspiración a las pacientes de cáncer de seno a través del programa Recuperación A Su Alcance™ (Reach To Recovery®) de la Sociedad Americana Contra El Cáncer. Tenemos disponibles un folleto promocional en español.

Encontramos curas

La Sociedad Americana Contra El Cáncer, la fuente de financiamiento de capacitación e investigaciones sobre el cáncer sin fines de lucro no gubernamental más grande de Estados Unidos, ha dedicado una porción de su financiamiento de investigaciones a estudios sobre el cáncer en poblaciones de bajos recursos y con atención médica insuficiente. Durante la última década, el programa Subvenciones Extramurales de la Sociedad otorgó 133 subvenciones con un valor de más de \$113.5 millones para investigaciones sobre poblaciones de bajos recursos y con atención médica insuficiente, y recientemente estableció financiamiento prioritario para investigaciones psicosociales, de la conducta, de normas de salud y de servicios médicos con la esperanza de reducir las disparidades médicas del cáncer.

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

- Un estudio realizado por Curtis Wray, MD, de University of Texas Medical School en Houston, cuyo objetivo es reducir las disparidades en el tratamiento del cáncer de hígado y en los resultados en pacientes de pocos recursos y sin atención médica adecuada a través de la producción de guías para asistir a pacientes y proveedores a tomar decisiones fundadas sobre los tratamientos apropiados de cáncer de hígado, incluida la atención paliativa, particularmente cuando la enfermedad se encuentra en una etapa avanzada.
- Un estudio de intervención realizado por Hayley Thompson, PhD, de Wayne State University, para determinar si la presentación a las sobrevivientes latinas de cáncer de seno de un DVD que proporciona información clave sobre la recurrencia de cáncer de seno, incluida la perspectiva de una sobreviviente latina de cáncer de seno puede aumentar las tasas de exámenes de detección de cáncer de seno después del tratamiento.
- Un estudio realizado por Karen Freund, MD, MPH, de Tufts University School of Medicine, para entender el impacto del sistema de atención médica en las disparidades de los resultados del cáncer en poblaciones vulnerables; determinar cómo los programas Guías de Pacientes ayudan a reducir los obstáculos a la atención en poblaciones vulnerables; y entender el papel de la reforma del seguro médico en la reducción de las disparidades de salud. La Dra. Freund recibió una de las subvenciones más prestigiosas de la Sociedad, una adjudicación de Profesor de Investigación Clínica.
- Un estudio realizado por Michael Businelle, PhD, de MD Anderson Cancer Center, para determinar los factores que interfieren con los esfuerzos exitosos para dejar de fumar entre los mexicoamericanos de habla hispana de estado socioeconómico (socioeconomic status, SES) bajo. El estudio usará teléfonos inteligentes para identificar situaciones en tiempo real que pueden promover una reincidencia entre los mexicoamericanos de habla hispana, en comparación con los blancos, los afroamericanos y otros latinos. La meta eventual del Dr. Businelle es desarrollar intervenciones por teléfono inteligente idóneas para asistir a los fumadores de SES bajo con sus problemas específicos para dejar de fumar.

Luchamos contra el cáncer

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

ACS CAN y la Sociedad están trabajando para mejorar el acceso de las personas con cáncer a la atención médica, lo que ayuda a salvar vidas. Este trabajo incluye asegurar la implementación de las disposiciones de la Ley de Atención Asequible que mejorarán el acceso de los pacientes de cáncer y su familia a la atención al:

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

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

La protección del financiamiento estatal y federal del Programa Nacional de Detección Temprana de los Cánceres de Seno y de Cuello Uterino es una alta prioridad para 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/nbcedp). Sin embargo, con el financiamiento existente, el programa sirve a menos de una de cada cinco mujeres elegibles de todo el país. Los recortes al programa significarían que se daría servicio a aún menos mujeres.

ACS CAN ha sido instrumental en la introducción de legislación que creará un programa nacional de prevención, detección temprana y tratamiento de cáncer de colon y recto 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 reconcentrar nuestro sistema de atención en la prevención total de la enfermedad. El programa eliminaría la diferencia en los hombres y las mujeres que tienen la edad recomendada para hacerse exámenes de detección de cáncer de colon y recto, pero que no son elegibles para recibir los beneficios nuevos de la Ley de Atención Asequible.

ACS CAN fue un socio importante en la aprobación exitosa de la Ley de Control del Tabaco y Prevención del Hábito de Fumar en la Familia (Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act), que se aprobó como ley en 2009. Esta ley otorga a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) la autoridad para regular los productos de tabaco y evitar que las compañías comercialicen sus productos fatales a los niños. Cada día, 3,800 jóvenes menores de 18 años prueban un cigarrillo por primera vez, y aproximadamente 1,000 se convierten en fumadores diarios de cigarrillos.

Recursos adicionales

Consejo Intercultural de Cáncer (Intercultural Cancer Council, ICC)

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

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

El Consejo Nacional Hispano de Envejecimiento es una organización de defensa basada en sus constituyentes cuyo propósito principal es mejorar la calidad de la vida de adultos hispanos de edad mayor y de sus familias y comunidades. Desde su inicio, el NHCOA se ha concentrado en la importancia y función de la familia para asistir a sus ancianos en cada aspecto de su vida, y

proporcionar la atención necesaria a las personas de edad avanzada. 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 45,000 médicos hispanos certificados en los Estados Unidos. La misión de la organización es facultar a los médicos hispanos para que encabezen esfuerzos que mejoren la salud de los hispanos y de otras poblaciones sin atención médica adecuada, en colaboración con socios de los sectores público y privado. Como un recurso nacional de rápido crecimiento que está basado en la capital del país, la NHMA proporciona a los legisladores y a los proveedores de atención médica información y apoyo expertos para fortalecer el suministro de servicios médicos a las comunidades hispanas de todo el país. Si desea más información, visite nhmamd.org.

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

La Alianza Nacional para la Salud Hispana es una organización sin fines de lucro que proporciona información de salud basada en la ciencia (en inglés y en español) y que apoya la salud en las comunidades hispanas. Hablemos sobre el Cáncer (Let's Talk About Cancer) es un programa de la Alianza diseñado para elevar la concienciación sobre la prevención del cáncer y la detección temprana de los cánceres de cuello uterino, ovarios y piel. Si desea más información, visite letstalkaboutcancer.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 cam-

paññas de información sobre salud dedicadas a segmentos de la población de habla hispana “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 del Programa de Redes Comunitarias del NCI, Redes ha ampliado su infraestructura para reducir las discrepancias del cáncer promoviendo la educación, la investigación y la capacitación sobre el cáncer dentro de los Estados Unidos y Puerto Rico.

Fuentes estadísticas

Casos nuevos de cáncer: Los números calculados de casos nuevos de cáncer diagnosticados entre los hispanos de EE.UU. en 2012 se proyectaron usando un proceso de dos pasos. Primero, el número total de casos se calculó para cada año durante 2000 a 2009 usando los datos de incidencia de 50 estados y del Distrito de Columbia para esos años que cumplieron con el estándar de datos de alta calidad de la Asociación Norteamericana de Registros Centrales (North American Association of Central Cancer Registries, NAACCR) sobre incidencia. Luego, el número de casos nuevos se proyectó tres años hacia el futuro con base en las tendencias obtenidas del análisis de regresión Joinpoint.

Tasas de incidencia: Las tasas de incidencia se definen como el número de personas por cada 100,000 que se diagnostican con cáncer durante un periodo determinado. Las tasas de incidencia en este reporte se calcularon con base en los datos de incidencia de cáncer proporcionados por el Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (National Cancer Institute's Surveillance, Epidemiology, and End Results, SEER) del Instituto Nacional del Cáncer y datos sobre la población recopilados 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: Las cifras de fallecimientos por cáncer en Estados Unidos entre los hispanos en 2012 se calcularon ajustando el número de fallecimientos por cáncer de 1995 a 2009 a un modelo de pronóstico estadístico que pronostica el número de fallecimientos que se espera que ocurran en 2012. Los datos sobre el número de fallecimientos se obtuvieron del Centro Nacional de Estadísticas de Salud (National Center for

Health Statistics, NCHS) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC). Si desea más información sobre la proyección de fallecimientos por cáncer consulte Chen y col.¹⁷⁹.

Tasas de mortalidad: Al igual que las tasas de incidencia, las tasas de mortalidad representan el número de muertes por 100,000 habitantes por año. Las tasas de mortalidad las proporcionó el programa SEER usando datos sobre los fallecimientos por cáncer del Centro Nacional de Estadísticas de Salud junto con los datos sobre población de la Oficina del Censo de EE.UU. 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. NCHS ha realizado la encuesta anual 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 encuesta bianual comenzó 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/yrbs/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 experiencia de la población hispana en relación con el cáncer varía mucho dependiendo del país de origen. Segundo, 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 tercer lugar, los datos de tendencia de la incidencia a largo plazo (1992-2009) presentados 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. Por último, las comparaciones efectuadas entre hispanos y blancos no hispanos consideran sólo el grupo étnico y no describen posibles diferencias raciales.

Identificación hispana/latina

La identificación exacta de las personas hispanas/latinas para la vigilancia del cáncer ha sido un problema continuo. En un esfuerzo por abordar este asunto, en 2001 NAACCR convocó a un panel de expertos para que desarrollaran el Algoritmo de Identificación Hispana de NAACCR (NHIA), que se publicó por primera vez en 2003 para que lo usaran los registros de cáncer. El NHIA usa una combinación de variables de pacientes que se encuentran dentro de los expedientes del registro de cáncer, como el apellido y el lugar de nacimiento, para determinar el origen hispano. Después de la amplia implementación por los registros de cáncer estatales, se hicieron mejoras al NHIA y en 2005 se publicó una versión modificada (NHIA v2). Más recientemente, en ciertos estados con poblaciones hispanas/latinas grandes y diversas, se están llevando a cabo investigaciones

especiales para clasificar con mayor precisión las subpoblaciones hispanas y describir la carga específica que les impone el cáncer. Una de tales investigaciones del registro de vigilancia del cáncer de Florida documentó la incidencia de cáncer de los cubanos, puertorriqueños y mexicanos que residen en ese estado. Esta información es útil para planear programas dirigidos de control del cáncer⁷.

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 envejeciente, 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. Ennis SR, Rios-Vargas M, Albert NG. The Hispanic Population: 2010: 2010 Census Briefs; 2011.
2. US Census Bureau. Current Population Survey, Annual Social and Economic Supplement, 2010 Internet release date: June 2011.
3. Martinez-Tyson D, Pathak EB, Soler-Vila H, Flores AM. Looking under the Hispanic umbrella: cancer mortality among Cubans, Mexicans, Puerto Ricans and other Hispanics in Florida. *Journal of immigrant and minority health / Center for Minority Public Health*. Aug 2009;11(4):249-257.
4. de Martel C, Ferlay J, Franceschi S, et al. Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis. *Lancet Oncol*. May 8 2012.
5. American Cancer Society. *Global Cancer Facts & Figures, 2nd Edition*. Atlanta, GA: American Cancer Society;2011.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. Singh GK, Hiatt RA. Trends and disparities in socioeconomic and behavioural characteristics, life expectancy, and cause-specific mortality of native-born and foreign-born populations in the United States, 1979-2003. *Int J Epidemiol*. Aug 2006;35(4):903-919.
11. Cockburn MG, Zadnick J, Deapen D. Developing epidemic of melanoma in the Hispanic population of California. *Cancer*. Mar 1 2006;106(5):1162-1168.
12. Pollitt RA, Clarke CA, Swetter SM, Peng DH, Zadnick J, Cockburn M. The expanding melanoma burden in California hispanics: Importance of socioeconomic distribution, histologic subtype, and anatomic location. *Cancer*. Jan 1 2011;117(1):152-161.
13. John EM, Phipps AI, Davis A, Koo J. Migration history, acculturation, and breast cancer risk in Hispanic women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. Dec 2005;14(12):2905-2913.
14. Chlebowski RT, Chen Z, Anderson GL, et al. Ethnicity and breast cancer: factors influencing differences in incidence and outcome. *J Natl Cancer Inst*. Mar 16 2005;97(6):439-448.
15. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, et al. Births: final data for 2006. In: Statistics NCFH, ed. Vol 57: US Dept of Health and Human Services; 2009:1-104.
16. 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.
17. Friedman-Koss D, Crespo CJ, Bellantoni MF, Andersen RE. The relationship of race/ethnicity and social class to hormone replacement therapy: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey 1988-1994. *Menopause*. Jul-Aug 2002;9(4):264-272.
18. 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.
19. Li R, Gilliland FD, Baumgartner K, Samet J. Hormone replacement therapy and breast carcinoma risk in Hispanic and non-Hispanic women. *Cancer*. Sep 1 2002;95(5):960-968.
20. American Cancer Society. *Cancer Prevention & Early Detection Facts & Figures 2012*. Atlanta, GA: American Cancer Society;2012.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. Fejerman L, John EM, Huntsman S, et al. Genetic ancestry and risk of breast cancer among U.S. Latinas. *Cancer Research*. Dec 1 2008;68(23):9723-9728.
25. 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.
26. 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.
27. Lantz PM, Mujahid M, Schwartz K, et al. The influence of race, ethnicity, and individual socioeconomic factors on breast cancer stage at diagnosis. *Am J Public Health*. Dec 2006;96(12):2173-2178.
28. 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.
29. Stuver SO, Zhu J, Simchowitz B, Hassett MJ, Shulman LN, Weingart SN. Identifying women at risk of delayed breast cancer diagnosis. *Jt Com J Qual Patient Saf*. Dec 2011;37(12):568-575.
30. Ooi SL, Martinez ME, Li CI. Disparities in breast cancer characteristics and outcomes by race/ethnicity. *Breast Cancer Res Treat*. Jun 2011;127(3):729-738.
31. 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.
32. 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.
33. Freedman RA, He Y, Winer EP, Keating NL. Trends in racial and age disparities in definitive local therapy of early-stage breast cancer. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*. Feb 10 2009;27(5):713-719.
34. Bickell NA, Shastri K, Fei K, et al. A tracking and feedback registry to reduce racial disparities in breast cancer care. *Journal of the National Cancer Institute*. Dec 3 2008;100(23):1717-1723.
35. 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.
36. Center MM, Jemal A, Smith RA, Ward E. Worldwide variations in colorectal cancer. *CA Cancer J Clin*. Nov-Dec 2009;59(6):366-378.
37. American Cancer Society. *Colorectal Cancer Facts & Figures 2011-2012*. Atlanta, GA: American Cancer Society;2011.
38. He J, Stram DO, Kolonel LN, Henderson BE, Le Marchand L, Haiman CA. The association of diabetes with colorectal cancer risk: the Multiethnic Cohort. *Brit J Cancer*. Jun 29 2010;103(1):120-126.
39. 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.
40. Fagan P, Moolchan ET, Lawrence D, Fernander A, Ponder PK. Identifying health disparities across the tobacco continuum. *Addiction*. Oct 2007;102 Suppl 2:5-29.

41. Hyland A, Rezaishiraz H, Bauer J, Giovino GA, Cummings KM. Characteristics of low-level smokers. *Nicotine Tob Res.* 2005 7(3):461-468.
42. Haiman CA, Stram DO, Wilkens LR, et al. Ethnic and racial differences in the smoking-related risk of lung cancer. *N Eng J Med.* Jan 26 2006;354(4):333-342.
43. Pinsky PF. Racial and ethnic differences in lung cancer incidence: how much is explained by differences in smoking patterns? (United States). *Cancer Causes Control.* Oct 2006;17(8):1017-1024.
44. Bethel J, Schenker M. Acculturation and smoking patterns among Hispanics: a review. *Am J Prev Med.* 2005;29(2):143-148.
45. 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.
46. 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.* May 28 2008.
47. Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program (www.seer.cancer.gov) SEER*Stat Database: Incidence – SEER 18 Regs Public-Use, Nov 2011 Sub (2000-2009) – Linked To County Attributes – Total U.S., 1969-2006 Counties, National Cancer Institute, DCCPS, Surveillance Research Program, Cancer Statistics Branch, released April 2012, based on the November 2011 submission. National Cancer Institute; 2012.
48. Thomas DB, Karagas MR. Cancer in first and second generation Americans. *Cancer Res.* Nov 1 1987;47(21):5771-5776.
49. 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.
50. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin.* Jan-Feb 2012;62(1):10-29.
51. 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.
52. Parkin DM. The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002. *Int J Cancer.* Jun 15 2006;118(12):3030-3044.
53. 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.
54. 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.
55. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective.* Washington DC:AICR2007.
56. Flores YN, Yee HF, Jr., Leng M, et al. Risk factors for chronic liver disease in Blacks, Mexican Americans, and Whites in the United States: results from NHANES IV, 1999-2004. *Am J Gastroenterol.* Sep 2008;103(9): 2231-2238.
57. Naimi TS, Nelson DE, Brewer RD. The intensity of binge alcohol consumption among U.S. adults. *Am J Prev Med.* Feb 2010;38(2):201-207.
58. Al-Refai WB, Tseng JF, Gay G, et al. The impact of ethnicity on the presentation and prognosis of patients with gastric adenocarcinoma. Results from the National Cancer Data Base. *Cancer.* Aug 1 2008;113(3):461-469.
59. Eslick GD. Helicobacter pylori infection causes gastric cancer? A review of the epidemiological, meta-analytic, and experimental evidence. *World J Gastroenterol.* May 21 2006;12(19):2991-2999.
60. 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.
61. Brown LM. Helicobacter pylori: epidemiology and routes of transmission. *Epidemiol Rev.* 2000;22(2):283-297.
62. Ferlay J, Shin H, Bray F, Forman D, Parkin D. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010.
63. Ladeiras-Lopes R, Pereira AK, Nogueira A, et al. Smoking and gastric cancer: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Cancer Causes Control.* Sep 2008;19(7):689-701.
64. Duell EJ, Travier N, Lujan-Barroso L, et al. Alcohol consumption and gastric cancer risk in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) cohort. *Am J Clin Nutr.* Nov 2011;94(5):1266-1275.
65. 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.
66. 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.
67. CDC. Human Papillomavirus (HPV) Vaccine Recommendations (2007, 2010, 2011). Retrieved July 23, 2012, from www.cdc.gov/vaccines/pubs/ACIP-list.htm#hpv.
68. Reynolds D. Cervical cancer in Hispanic/Latino women. *Clin J Oncol Nurs.* 2004;8(2):146-150.
69. International Agency for Research on Cancer. *Cervix Cancer Screening* Lyon2005.
70. 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.
71. Andia ME, Hsing AW, Andreotti G, Ferreccio C. Geographic variation of gallbladder cancer mortality and risk factors in Chile: a population-based ecological study. *Int J Cancer.* Sep 15 2008;123(6):1411-1416.
72. Hsing AW, Rashid A, Devesa SS, Fraumeni JF. Biliary Tract Cancer. In: Schottenfeld D, Fraumeni JF, eds. *Cancer Epidemiol Prev.* Third ed. New York: Oxford University Press; 2006:787-800.
73. Fernandez E, Gallus S, Bosetti C, Franceschi S, Negri E, La Vecchia C. Hormone replacement therapy and cancer risk: a systematic analysis from a network of case-control studies. *Int J Cancer.* Jun 20 2003;105(3):408-412.
74. Ren HB, Yu T, Liu C, Li YQ. Diabetes mellitus and increased risk of biliary tract cancer: systematic review and meta-analysis. *Cancer Causes Control.* Jun 2011;22(6):837-847.
75. Renehan AG, Tyson M, Egger M, Heller RF, Zwahlen M. Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Lancet.* Feb 16 2008;371(9612):569-578.
76. Stinton LM, Shaffer EA. Epidemiology of gallbladder disease: cholelithiasis and cancer. *Gut Liver.* Apr 2012;6(2):172-187.
77. Mackay J, Jemal A, Lee N, Parkin D. *The Cancer Atlas: American Cancer Society*;2006.
78. Census. US Census Bureau, Census 2000 Summary File 4. Additional report 'We the People: Hispanics in the United States' Census 2000 Special Reports, 2004. CENSR-18.
79. 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.
80. 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.
81. Surveillance Epidemiology and End Results Program. SEER*Stat Database: Incidence – SEER 18 Regs Public Use, Nov 2011 Sub (2000-2009) – Linked to County Attributes – Total US, 1969-2009 Counties. Bethesda, MD: National Cancer Institute, DCCPS, Surveillance Research Program, Cancer Statistics Branch. In: Institute NC, ed2012.
82. 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.

83. Hunger SP, Lu X, Devidas M, et al. Improved Survival for Children and Adolescents With Acute Lymphoblastic Leukemia Between 1990 and 2005: A Report From the Children's Oncology Group. *J Clin Oncol*. May 10 2012;30(14):1663-1669.
84. Bhatia S. Disparities in cancer outcomes: lessons learned from children with cancer. *Pediatr Blood Cancer*. Jun 2011;56(6):994-1002.
85. Aplenc R, Alonzo TA, Gerbing RB, et al. Ethnicity and survival in childhood acute myeloid leukemia: a report from the Children's Oncology Group. *Blood*. Jul 1 2006;108(1):74-80.
86. Harvey RC, Mullighan CG, Chen IM, et al. Rearrangement of CRLF2 is associated with mutation of JAK kinases, alteration of IKZF1, Hispanic/Latino ethnicity, and a poor outcome in pediatric B-progenitor acute lymphoblastic leukemia. *Blood*. Jul 1 2010;115(26):5312-5321.
87. Yang JJ, Cheng C, Devidas M, et al. Ancestry and pharmacogenomics of relapse in acute lymphoblastic leukemia. *Nature Genet*. Mar 2011;43(3):237-241.
88. Surveillance Epidemiology and End Results Program. SEER*Stat Database: NAACCR Incidence - CiNA Analytic File, 1995-2009, for Expanded Races, Custom File with County, ACS Facts & Figures Projection Project, North American Association of Central Cancer Registries. In: IMS, ed: North American Association of Central Cancer Registries; 2012.
89. Linabery AM, Ross JA. Trends in childhood cancer incidence in the U.S. (1992-2004). *Cancer*. Jan 15 2008;112(2):416-432.
90. 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.
91. Centers for Disease Control and Prevention. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services. Atlanta, GA 2004.
92. 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.
93. Secretan B, Straif K, Baan R, et al. A review of human carcinogens—Part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish. *Lancet Oncol*. 2009 10:1033-1034.
94. Argeseanu Cunningham S, Ruben JD, Narayan KM. Health of foreign-born people in the United States: a review. *Health Place*. 2008;14(4): 623-635.
95. Cokkinides V, Bandi P, Siegel R, Jemal A. Cancer-related Risk Factors and Early Detection in US Hispanics. *CA Cancer J Clin*. [published online ahead of print Sept 17, 2012].
96. Robles GI, Singh-Franco D, Ghin HL. A review of the efficacy of smoking-cessation pharmacotherapies in nonwhite populations. *Clin Ther*. 2008 30(5):800-812.
97. 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.
98. Fiore M, Bailey W, Cohen S. *Treating Tobacco Use and Dependence*. US Department of Health and Human Services. Public Health Services. Rockville, Md. 2000.
99. Cokkinides V, 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.
100. 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.
101. 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.
102. Brothers B, Borrelli B. Motivating Latino smokers to quit: does type of support matter? *Am J Health Promot* 2011;25(5):S96-102.
103. 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.
104. CDC. Tobacco Use Among Middle and High School Students - United States, 2000-2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2010;59(33):1063-1068.
105. 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.
106. 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.
107. USDHHS. *Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease and Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health; 2012.
108. 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.
109. 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.
110. Campaign for Tobacco-Free Kids, American Cancer Society Cancer Action Network, American Heart Association, American Lung Association, and Americans for Nonsmokers' Rights. *A Broken Promise to Our Children: The 1998 State Tobacco Settlement Thirteen Years Later*. Washington, DC 2011.
111. International Agency for Research on Cancer. *Handbook of Cancer Prevention, Vol 6. Weight Control and Physical Activity*. Lyon, France 2002.
112. Kushi LH, Doyle C, Barbash R, et al. American Cancer Society Guidelines on Nutrition and Physical Activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer J Clin*. 2012;62(1):30-67.
113. Flegal KM, Carroll MD, Kit BK, Ogden CL. Prevalence of obesity and trends in the distribution of body mass index among US adults, 1999-2010. *JAMA*. 2012 307(5):491-497.
114. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents, 1999-2010. *JAMA*. 2012 307(5):483-490.
115. 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.
116. 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.
117. 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.
118. Institute of Medicine. Preventing Childhood Obesity: Health in the Balance. (Eds.) Koplan, JP., Liverman, CT. Kraak, VI. Washington, DC. 2005.
119. Goel MS, McCarthy EP, Phillips RS, Wee CC. Obesity among US immigrant subgroups by duration of residence. *JAMA*. Dec 15 2004; 292(23):2860-2867.
120. Balcazar H, Alvarado M, Hollen ML, et al. 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.
121. 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.
122. Sallis JF, Glanz K. Physical Activity and Food Environments: Solutions to the Obesity Epidemic. *Milbank Q*. 2009;87(1):123-154.
123. International Agency for Research on Cancer. Alcohol drinking. IARC Monogr Eval Carcinogen Risks Hum. Lyon, France. 1988.

124. 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.
125. Schatzkin A, Longnecker M. Alcohol and breast cancer. Where are we now and where do we do from here? *Cancer*. 1994;74:1101-1110.
126. 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.
127. Slone LB, Norris FH, Gutiérrez Rodríguez F, Gutiérrez Rodríguez JJ, 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.
128. Mills BA, Caetano R. The Hispanic Americans Baseline Alcohol Survey (HABLAS): predictors of alcohol attitudes and expectancies in Hispanic national groups. *Alcohol Clin Exp Res*. 2010 34(5):790-799.
129. Komro KA, Perry CL, Veblen-Mortenson S, et al. Outcomes from a randomized controlled trial of a multi-component alcohol use preventive intervention for urban youth: project northland Chicago. *Addiction*. 2008 103(4):606-618.
130. Field C, Caetano R. The role of ethnic matching between patient and provider on the effectiveness of brief alcohol interventions with Hispanics. *Alcohol Clin Exp Res*. 2010 34(2):262-271.
131. Liddle HA, Rowe CL, Dakof GA, Henderson CE, Greenbaum PE. Multi-dimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2009 77(1):12-25.
132. 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.
133. Copello AG, Velleman RD, Templeton LJ. Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug Alcohol Rev*. 2005 24(4):369-385.
134. Tsai CJ, Perry S, Sanchez L, Parsonnet J. Helicobacter pylori infection in different generations of Hispanics in the San Francisco Bay Area. *Am J Epidemiol*. Aug 15 2005;162(4):351-357.
135. Chang ET, Gomez SL, Fish K, et al. Gastric Cancer Incidence among Hispanics in California: Patterns by Time, Nativity, and Neighborhood Characteristics. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. May 2012;21(5):709-719.
136. Torres J, Leal-Herrera Y, Perez-Perez G, et al. A community-based sero-epidemiologic study of Helicobacter pylori infection in Mexico. *J Infect Dis*. Oct 1998;178(4):1089-1094.
137. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C, et al. Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht III Consensus Report. *Gut*. Jun 2007;56(6):772-781.
138. Wasley A, Kruszon-Moran D, Kuhnert W, et al. The prevalence of hepatitis B virus infection in the United States in the era of vaccination. *J Infect Dis*. Jul 15 2010;202(2):192-201.
139. Ioannou GN. Hepatitis B virus in the United States: infection, exposure, and immunity rates in a nationally representative survey. *Ann Intern Med*. Mar 1 2011;154(5):319-328.
140. Mitchell T, Armstrong GL, Hu DJ, Wasley A, Painter JA. The increasing burden of imported chronic hepatitis B—United States, 1974-2008. *PLoS one*. 2011;6(12):e27717.
141. Mast EE, Margolis HS, Fiore AE, et al. A comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) part I: immunization of infants, children, and adolescents. *MMWR Recomm Rep*. Dec 23 2005;54(RR-16):1-31.
142. Mast EE, Weinbaum CM, Fiore AE, et al. A comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) Part II: immunization of adults. *MMWR Recomm Rep*. Dec 8 2006;55(RR-16):1-33; quiz CE31-34.
143. Lin K, Vickery J. Screening for hepatitis B virus infection in pregnant women: evidence for the U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med*. Jun 16 2009;150(12):874-876.
144. Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-related chronic disease. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Recomm Rep*. Oct 16 1998;47(RR-19):1-39.
145. 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.
146. Trooskin SB, Vega M, Herrine SK, et al. Prevalence of HCV risk factors in Hispanic-American sub populations. *J Immigr Minority Health*. Dec 2010;12(6):915-920.
147. Rein DB, Smith BD, Wittenborn JS, et al. The cost-effectiveness of birth-cohort screening for hepatitis C antibody in U.S. primary care settings. *Ann Intern Med*. Feb 21 2012;156(4):263-270.
148. Parkin DM, Bray F. Chapter 2: The burden of HPV-related cancers. *Vaccine*. Aug 31 2006;24 Suppl 3:S3/11-25.
149. Saslow DS, Solomon D, Lawson HW, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer. *CA Cancer J Clin*. 2012;64(5).
150. Marur S, D'Souza G, Westra WH, Forastiere AA. HPV-associated head and neck cancer: a virus-related cancer epidemic. *Lancet Oncol*. Aug 2010;11(8):781-789.
151. Watson M, Saraiya M, Ahmed F, et al. Using population-based cancer registry data to assess the burden of human papillomavirus-associated cancers in the United States: overview of methods. *Cancer*. Nov 15 2008;113(10 Suppl):2841-2854.
152. 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.
153. 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.
154. Rodríguez AC, Schiffman M, Herrero R, et al. Rapid clearance of human papillomavirus and implications for clinical focus on persistent infections. *J Natl Cancer Inst*. Apr 2 2008;100(7):513-517.
155. Gillison ML, Chaturvedi AK, Lowy DR. HPV prophylactic vaccines and the potential prevention of noncervical cancers in both men and women. *Cancer*. Nov 15 2008;113(10 Suppl):3036-3046.
156. CDC. National and State Vaccination Coverage Among Adolescents Aged 13 Through 17 Years – United States, 2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2011;60(33):1117-1123.
157. Smith RA, Cokkinides V, Brooks D, Saslow D, Shah M, Brawley OW. Cancer screening in the United States, 2011: A review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin*. 2011;61(1):8-30.
158. National Center for Health Statistics. *Health, United States, Chartbook on Trends in the Health of Americans, 2010*. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Hyattsville, MD 2010.
159. Breen N, Cronin KA, Meissner HI, et al. Reported drop in mammography: is this cause for concern? *Cancer*. 2007;109(12):2405-2409.
160. 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.
161. 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.
162. 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.

163. Jerant AF, Fenton JJ, Franks P. Determinants of racial/ethnic colorectal cancer screening disparities. *Arch Intern Med.* 2008 168(12):1317-1324.
164. Jerant AF, Arellanes RE, Franks P. Factors associated with Hispanic/non-Hispanic white colorectal cancer screening disparities. *J Gen Intern Med.* 2008 23(8):1241-1245.
165. 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.
166. 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.
167. Smedley BD, Stith AY, Nelson AR, eds. *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care.* Washington, DC: National Academies Press 2002.
168. Gresenz CR, Rogowski J, Escarce JJ. Community demographics and access to health care among U.S. Hispanics. *Health Serv Res.* Oct 2009;44(5 Pt 1):1542-1562.
169. Timmins CL. The impact of language barriers on the health care of Latinos in the United States: a review of the literature and guidelines for practice. *J Midwifery Womens Health.* Mar-Apr 2002;47(2):80-96.
170. Shavers VL, Klein WM, Fagan P. Research on race/ethnicity and health care discrimination: where we are and where we need to go. *Am J Public Health.* May 2012;102(5):930-932.
171. Abouzaid S, Maio V. The inequality in health care quality. *Am J Med Qual.* May-Jun 2009;24(3):182-184.
172. *Principles and Recommended Standards for Cultural Competence Education of Health Care Professionals:* The California Endowment; 2002.
173. 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.
174. Arcury TA, Quandt SA. Delivery of health services to migrant and seasonal farmworkers. *Annu Rev Public Health.* 2007;28:345-363.
175. Hoerster KD, Mayer JA, Gabbard S, et al. Impact of individual-, environmental-, and policy-level factors on health care utilization among US farmworkers. *Am J Public Health.* Apr 2011;101(4):685-692.
176. Maxwell J, Cortes DE, Schneider KL, Graves A, Rosman B. Massachusetts' health care reform increased access to care for Hispanics, but disparities remain. *Health Aff.* Aug 2011;30(8):1451-1460.
177. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O, 2nd. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Rep.* Jul-Aug 2003;118(4):293-302.
178. Goode TD, Dunne MC, Bronheim SM. *The Evidence Base for Cultural and Linguistic Competency in Health Care:* Georgetown University; 2006.
179. Chen HS, Portier K, Ghosh K, et al. Predicting US and State-Level Cancer Counts for the Current Calendar Year: Part I – Evaluation of Temporal Projection Methods for Mortality. *Cancer.* 2012.

Divisiones registradas de la American Cancer Society, Inc.

California Division, Inc.

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

East Central Division, Inc. (PA, OH)

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

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 Nuuanu Avenue
Honolulu, HI
(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)

South Atlantic Division, Inc.

**(DE, GA, MD, NC, SC, VA,
Washington, D.C., WV)**
250 Williams Street
Atlanta, GA 30303
(404) 816-7800 (O)
(404) 816-9443 (F)



PARA QUE CUMPLAS
MUCHOS MÁS.™

Salvamos vidas y logramos que celebres más cumpleaños al ayudarte a seguir bien, a recuperarte, a encontrar curas y a luchar contra el cáncer.

cancer.org/español | 1.800.227.2345