

# Datos y estadísticas sobre el cáncer entre los Hispanos/Latinos 2021-2023



## Contenido

<b>Datos básicos sobre el cáncer</b> .....	<b>1</b>	<b>Detección del cáncer</b> .....	<b>24</b>
Introducción .....	1	Detección del cáncer de seno .....	24
¿Qué es el cáncer? .....	2	Detección del cáncer de cuello uterino .....	24
¿Se puede prevenir el cáncer? .....	2	Detección de cáncer colorrectal .....	25
<b>Factores que influyen en la ocurrencia del cáncer y resultados en la población hispana</b> .....	<b>3</b>	Detección del cáncer de próstata .....	25
Estatus socioeconómico y racismo estructural .....	3	Detección del cáncer de pulmón .....	26
Acceso a la atención médica .....	4	Estrategias para mejorar la detección del cáncer .....	26
Valores culturales y creencias .....	5	<b>La Sociedad Americana Contra El Cáncer</b> .....	<b>27</b>
Aculturación .....	5	Servicios para pacientes y cuidadores .....	27
<b>Ocurrencia del cáncer entre los hispanos</b> .....	<b>5</b>	Investigación .....	29
¿Cuál es el riesgo de presentar o de morir de cáncer? .....	5	Defensa .....	29
¿Cuántos casos nuevos y muertes por cáncer se prevén en 2021? .....	5	<b>Recursos adicionales</b> .....	<b>30</b>
¿Cómo han cambiado las tasas del cáncer con el tiempo? .....	5	<b>Limitaciones de los datos</b> .....	<b>30</b>
¿Cómo difieren las tasas de cáncer entre los hispanos? .....	6	<b>Fuentes de estadísticas</b> .....	<b>31</b>
Cánceres seleccionados .....	9	<b>Referencias</b> .....	<b>32</b>
<b>Factores de riesgo del cáncer</b> .....	<b>17</b>		
Tabaco .....	17		
Exceso de peso corporal, consumo de alcohol, dieta y actividad física .....	19		
Diabetes tipo 2 .....	22		
Agentes infecciosos .....	22		

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

**Referencia sugerida:** Sociedad Americana Contra El Cáncer. *Datos y estadísticas sobre el cáncer entre los Hispanos/Latinos 2021-2023*. Atlanta: Sociedad Americana Contra El Cáncer, 2021.

Sociedad Americana Contra El Cáncer.  
3380 Chastain Meadows Pkwy NW Suite 200,  
Kennesaw, GA 30144 (404) 320-3333  
©2021, Sociedad Americana Contra El Cáncer.  
Todos los derechos reservados, incluyendo el  
derecho a reproducir esta publicación  
o partes de la misma de cualquier forma.

# Datos básicos sobre el cáncer

## Introducción

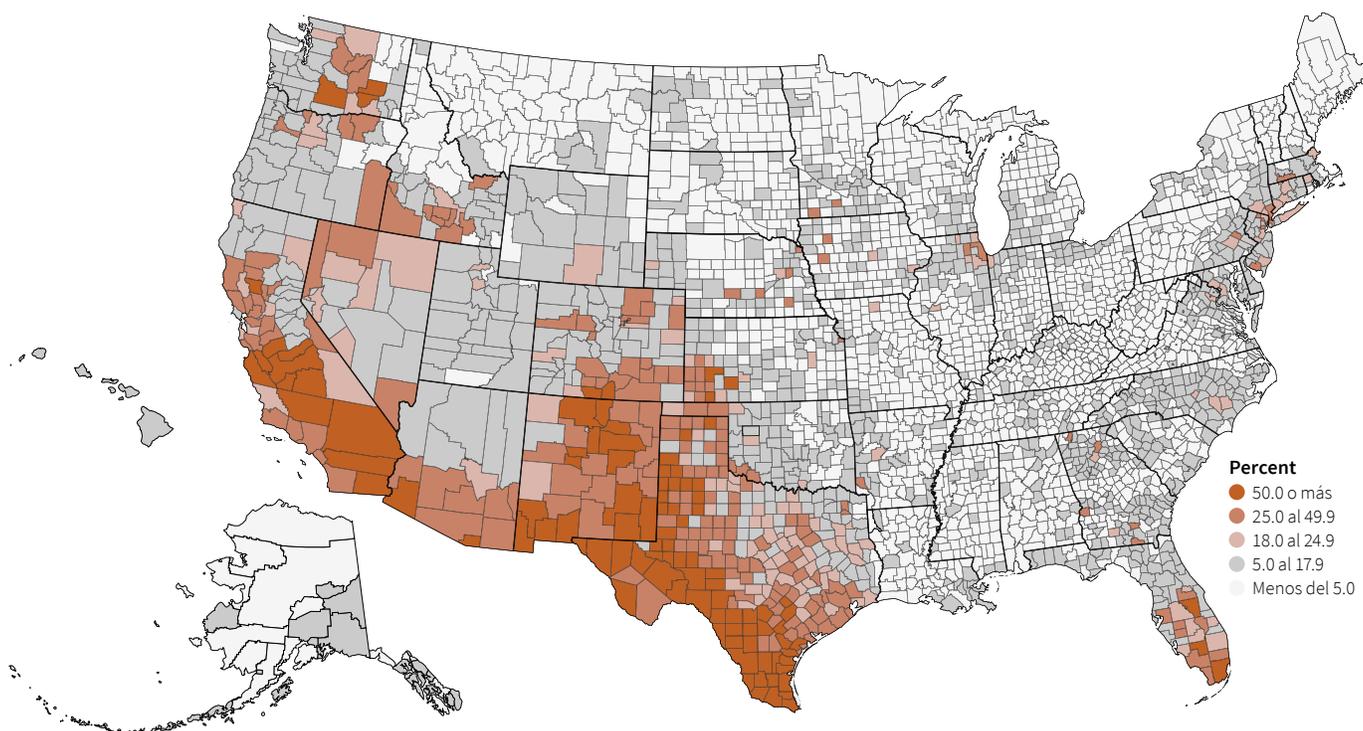
De acuerdo con los cálculos de la Oficina del Censo de los EE. UU., 60.6 millones de estadounidenses, o 18% de la población total en los EE. UU. continental y Hawái, se identificaron como hispanos o latinos en 2019.<sup>1</sup> Además, el 99% de los más de 3 millones de estadounidenses que viven en Puerto Rico se identifican como hispanos.<sup>2</sup> La población hispana, que se concentra principalmente en el suroeste y Florida (Figura 1), sigue siendo una de las poblaciones de más rápido crecimiento en los Estados Unidos a pesar de la reciente desaceleración tanto en la inmigración como en los nacimientos.<sup>1</sup> Aproximadamente un tercio de los hispanos en los EE. UU. nacieron en el extranjero (es decir, nacieron fuera de los EE. UU. y sus territorios, incluido Puerto Rico) en 2019,<sup>1</sup> frente al 40% en 2007.<sup>3</sup>

Con el paso de los años, muchos términos de identidad panétnica (que consolida diversas etnias, orígenes) han evolucionado para describir a personas que tienen sus raíces en América Latina y España. Los términos “Hispano” y “Latino/a/x” se utilizan en este documento para referirse a una persona de origen

hispano indistintamente sin que exista preferencia ni prejuicio. Esta comunidad global es increíblemente diversa y está formada por personas de todas las razas, religiones, idiomas e identidades culturales. La mayoría de los hispanos se identifican como mexicanos (61.9%), seguidos de puertorriqueños (9.7%), cubanos (4.0%), salvadoreños (3.9%) y dominicanos (3.5%),<sup>3</sup> aunque la distribución varía considerablemente según el estado. Por ejemplo, los mexicanos componen más del 80% de la población hispana en Texas y en California, pero solo el 15% en Florida, donde más de la mitad de la población hispana se identifica como cubana o puertorriqueña.

Este informe resume estadísticas sobre la ocurrencia del cáncer, factores de riesgo y detección para hispanos en los EE. UU. continentales y en Hawái, así como también la incidencia y mortalidad para el territorio de Puerto Rico de los EE. UU. Dicho informe tiene el objetivo de proporcionar información a líderes comunitarios, trabajadores de salud pública y atención de la salud y otros interesados en la prevención, detección temprana y tratamiento del cáncer para los hispanos. Es importante tener en cuenta que los datos finales basados en la población para la pandemia de COVID-19 aún no están disponibles y, por lo tanto,

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



Fuente: Oficina del Censo de los EE. UU., estimaciones demográficas, 1 de julio de 2019. Publicado en 2020.

©2021, Ciencia de la vigilancia y la equidad en salud de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

**Tabla 1. Características sociodemográficas y acceso a la atención médica (%) en Hispanos frente a Blancos No Hispanos EE. UU., 2015-2019**

Características Socioeconómicas, 2015-2019	Hispanos							Blancos No Hispanos
	Todos	Mexicanos	Puerto-riqueños	Cubanos	Centro-americanos	Sudamericanos	Dominicanos	Todos
Nacidos en el extranjero	33	31	2	56	58	62	54	4
“No hablan bien” en inglés o “no hablan inglés en absoluto”, edades >5 años	24	23	13	33	34	21	30	11
Tienen menos que un título secundario, edades >25 años de edad	31	36	20	19	42	13	29	7
Ingresos por debajo del índice federal de pobreza	20	20	22	16	23	20	12	10

Características del acceso a la atención médica, 2017-2018	Hispanos						Blancos No Hispanos
	Todos	Mexicanos	Puerto-riqueños	Cubanos	Centroamericanos/Sudamericanos	Dominicanos	Todos
<b>No tienen cobertura de atención médica</b>							
Por edad:							
<18 años de edad (no están ajustadas por edad)	8	8	**	**	10	**	4
18 a 64 años de edad	26	30	11	23	28	13	9
65 años en adelante	3	**	0	**	**	**	<1
Por lugar de nacimiento (18 años de edad en adelante):							
Nacidos en los EE. UU.	12	13	8	14	**	**	7
Nacidos en el extranjero	32	37	**	22	28	10	9
<b>No tienen una fuente de atención médica habitual (18 a 64 años de edad)</b>							
General	25	25	19	29	28	14	15
Hombres	30	30	21	30	34	22	19
Mujeres	19	19	17	28	22	9	11

\*En encuestados ≥5 años de edad quienes indicaron que en el hogar se hablaba otro idioma diferente al inglés. Se pidió a los encuestados que clasifiquen el nivel de habilidad para hablar en inglés como “no habla inglés en absoluto”, “no habla bien”, “habla bien”, “habla muy bien”. \*\*No se presentan estimaciones debido a la inestabilidad. NOTAS: Las estimaciones del acceso a la atención médica para los adultos están ajustadas por edad a la población estándar de los EE. UU. del año 2000.

**Fuente:** Características Socioeconómicas – Oficina del Censo de los EE. UU., Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense, Archivos de microdatos de uso público, 2015-2019. Disponible en: <https://data.census.gov/mdat/#/>. Fecha de acceso el 26 de marzo de 2021. Características del acceso a la atención médica – Encuestas nacionales de entrevistas de salud, 2017 y 2018.

©2021, Ciencia de la vigilancia y la equidad en salud de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

no se reflejan aquí. Además, la mayoría de los datos del cáncer en los EE. UU. se informan para los hispanos como un grupo global, enmascarando diferencias importantes entre grupos de acuerdo con el estatus de nacimiento (es decir, extranjero en comparación con nacido en los EE. UU), grado de aculturación y país de origen.

## ¿Qué es el cáncer?

El cáncer es un grupo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento descontrolado y propagación de células anormales. Si la propagación no se controla, puede resultar en la muerte. El cáncer es causado por factores externos, tales como tabaco, organismos infecciosos y una dieta poco saludable, y por factores internos, tales como mutaciones genéticas hereditarias, hormonas y afecciones del sistema inmunitario. Estos factores pueden actuar en conjunto o en secuencia para causar el cáncer. A menudo pasan diez o más años entre la exposición a factores de riesgo y el cáncer detectable.

## ¿Se puede prevenir el cáncer?

Se estima que el 42% de todos los casos de cáncer (excluyendo el cáncer de piel no melanoma) y el 45% de las muertes por cáncer en los EE. UU. probablemente podrían ser prevenidos mediante la adopción de estilos de vida más saludables, como no fumar, mantener un peso saludable, mantenerse activo durante toda la vida, seguir un patrón de alimentación saludable y evitar o limitar el consumo de alcohol.<sup>4</sup> Esto incluye muchos de los cánceres causados por organismos infecciosos, que se pueden evitar ya sea previniendo la infección mediante vacunación o cambios de comportamiento, o bien tratando la infección. Para obtener más información sobre los factores de riesgo del cáncer, vea la página 17. Además, los exámenes selectivos de detección pueden ayudar a prevenir los cánceres colorrectal y de cuello uterino mediante la detección y extirpación de crecimientos precancerosos, y también pueden detectar cánceres de

seno, colon y recto, cuello uterino y pulmón (en fumadores actuales o los que dejaron el hábito) en una etapa (estadío) temprana, cuando el tratamiento por lo general es menos

intensivo y más exitoso. Para obtener más información sobre exámenes de detección de cáncer, vea la página 24.

## Factores que influyen en la ocurrencia del cáncer y resultados en la población hispana

### Estatus socioeconómico y racismo estructural

El estatus socioeconómico, según las mediciones frecuentes de ingresos y educación, es el factor más crítico que afecta la salud, la longevidad y la calidad de vida. Esto influye en la prevalencia de factores de riesgo subyacentes y el acceso a seguro médico, cuidados de prevención, detección temprana y tratamiento. En los EE. UU., los hispanos en comparación con los blancos no hispanos tienen niveles educativos más bajos y son más propensos a vivir en la pobreza. En 2019, 16% de los hispanos vivían en la pobreza en comparación con 7% de los blancos no hispanos.<sup>5</sup> Sin embargo, persisten grandes diferencias dentro de la comunidad hispana según el país de origen (Tabla 1).

El estatus socioeconómico generalmente más bajo entre las personas de color en los EE. UU. surge del racismo estructural a largo plazo, o el racismo que se ve reforzado por leyes discriminatorias, políticas económicas y normas sociales y culturales.<sup>6</sup> El racismo estructural ha provocado desventajas persistentes en la vivienda, el empleo, los ingresos y, en consecuencia, la salud y el acceso a la atención médica. Además, muchas personas hispanas enfrentan colorismo o discriminación contra personas de complejión más oscura, que es perpetuado por la sociedad en general e internalizado dentro de la población.<sup>7</sup> Se necesita más investigación para describir la contribución del colorismo y el racismo estructural a las disparidades del cáncer entre los hombres y las mujeres hispanas.

**Tabla 2. Probabilidad de por vida (%) de desarrollar o morir de cáncer invasivo entre Hispanos y Blancos No Hispanos por Sexo, EE. UU., 2016-2018**

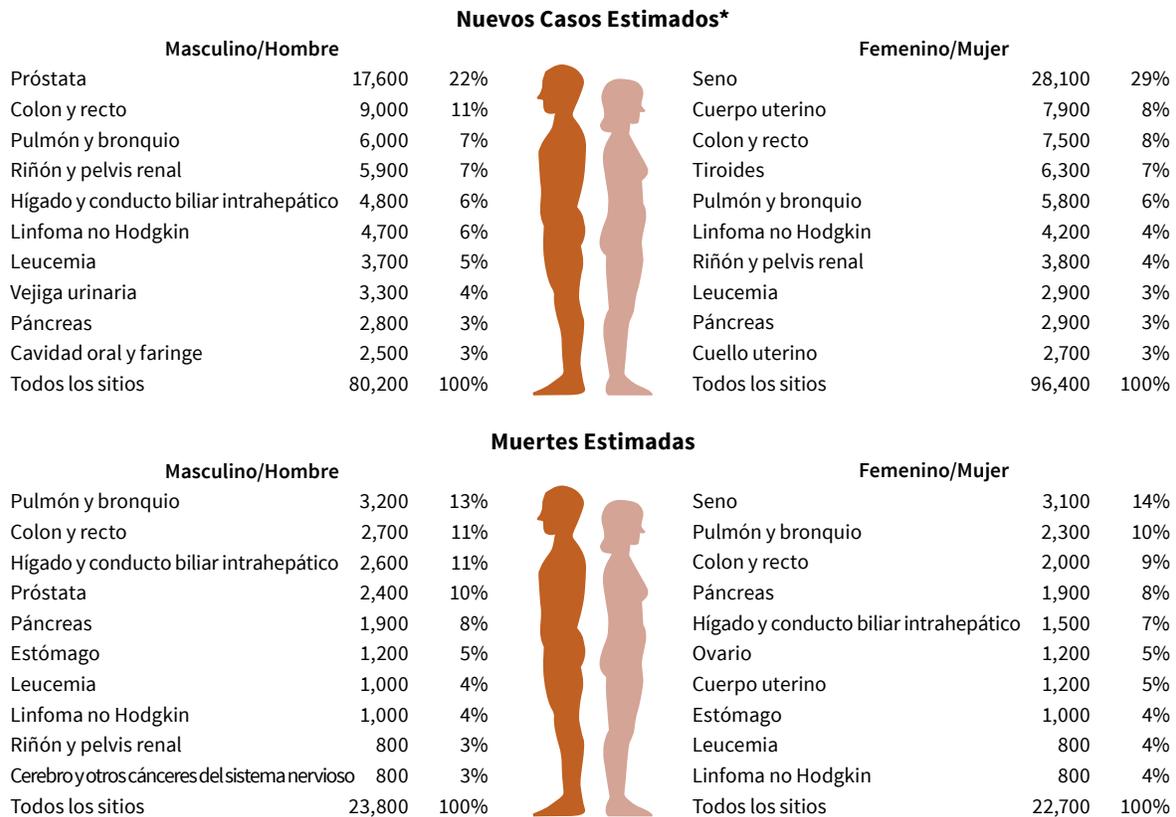
		Desarrollo de cáncer		Muerte por cáncer	
		Hispanos	Blancos no hispanos	Hispanos	Blancos no hispanos
Todos los tipos de cáncer*	Masculino/Hombre	36.9 (1 en 3)	41.0 (1 en 2)	18.8 (1 en 5)	20.8 (1 en 5)
	Femenino/Mujer	36.2 (1 en 3)	39.9 (1 en 3)	15.4 (1 en 7)	18.2 (1 en 5)
Seno	Femenino/Mujer	10.7 (1 en 9)	13.6 (1 en 7)	2.0 (1 en 49)	2.5 (1 en 39)
Colon y recto	Masculino/Hombre	4.4 (1 en 22)	4.2 (1 en 24)	1.9 (1 en 52)	1.7 (1 en 58)
	Femenino/Mujer	3.8 (1 en 26)	3.9 (1 en 25)	1.5 (1 en 66)	1.6 (1 en 63)
Riñón y pelvis renal	Masculino/Hombre	2.3 (1 en 43)	2.3 (1 en 44)	0.7 (1 en 154)	0.6 (1 en 172)
	Femenino/Mujer	1.5 (1 en 68)	1.3 (1 en 79)	0.4 (1 en 267)	0.3 (1 en 306)
Hígado y conducto biliar intrahepático	Masculino/Hombre	2.4 (1 en 42)	1.2 (1 en 85)	1.7 (1 en 59)	0.9 (1 en 111)
	Femenino/Mujer	1.2 (1 en 81)	0.5 (1 en 200)	1.0 (1 en 99)	0.5 (1 en 209)
Pulmón y bronquio	Masculino/Hombre	4.4 (1 en 23)	6.7 (1 en 15)	3.1 (1 en 32)	5.2 (1 en 19)
	Femenino/Mujer	3.6 (1 en 28)	6.7 (1 en 15)	2.0 (1 en 49)	4.6 (1 en 22)
Próstata	Masculino/Hombre	11.1 (1 en 9)	12.0 (1 en 8)	2.8 (1 en 36)	2.3 (1 en 44)
Estómago	Masculino/Hombre	1.6 (1 en 64)	0.8 (1 en 122)	0.8 (1 en 124)	0.3 (1 en 311)
	Femenino/Mujer	1.1 (1 en 89)	0.5 (1 en 210)	0.6 (1 en 163)	0.2 (1 en 487)
Tiroides	Masculino/Hombre	0.6 (1 en 174)	0.8 (1 en 132)	0.1 (1 en 1,109)	0.1 (1 en 1,718)
	Femenino/Mujer	1.9 (1 en 51)	1.9 (1 en 52)	0.1 (1 en 785)	0.1 (1 en 1,562)
Cuello uterino	Femenino/Mujer	0.9 (1 en 115)	0.6 (1 en 180)	0.3 (1 en 350)	0.2 (1 en 516)
Cuerpo uterino	Femenino/Mujer	2.9 (1 en 34)	3.2 (1 en 31)	0.6 (1 en 165)	0.6 (1 en 167)

\*Todos los sitios excluyen los cánceres de piel de células basales y de células escamosas y cánceres in situ, con excepción de la vejiga urinaria. NOTA: Es posible que los porcentajes y números "1 en" no sean equivalentes debido al redondeo. Las probabilidades que se presentan aquí se basan en las áreas de registro de SEER y pueden no representar las probabilidades para toda la población hispana.

**Fuente:** DevCan: Probability of Developing or Dying of Cancer Software, Version 6.7.9.

©2021, Ciencia de la vigilancia y la equidad en salud de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

**Figura 2. Principales Sitios de Nuevos Casos y Muertes por Cáncer en la Población Hispana – Estimaciones de 2021**



\*Los estimados excluyen los cánceres de piel de células basales y de células escamosas y cánceres in situ, con excepción de la vejiga urinaria. Los estimados no reflejan el impacto de la pandemia de COVID-19 en los casos o en las muertes por cáncer (para obtener más información, vea Fuentes de Estadísticas, página 31).

©2021, Ciencia de la vigilancia y la equidad en salud de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

## Acceso a la atención médica

Muchos hispanos enfrentan barreras financieras, estructurales (p. ej., falta de transporte) y personales (p. ej., factores culturales y lingüísticos, sesgo del proveedor) para la atención médica.<sup>8,9</sup> A pesar de las reducciones sustanciales en el porcentaje de personas sin seguro médico en edad laboral después de la aprobación de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act - ACA),<sup>10</sup> los hombres y las mujeres hispanas continúan siendo quienes menos probabilidades presentan de tener seguro médico de cualquier grupo racial o étnico importante. Entre las personas de 18 a 64 años de edad, el 26% de los hispanos no tenían seguro durante 2017-2018 en comparación con el 9% de los blancos no hispanos (Tabla 1). En la población hispana las tasas de personas no aseguradas son más altas en los mexicanos (30%) y en quienes nacieron en el extranjero (37%). Los hispanos en general siguen siendo menos propensos a tener una fuente habitual de atención médica que los blancos no hispanos (25% en comparación con 15%, respectivamente), especialmente los hombres.

Siguen existiendo varios desafíos para aumentar la cobertura de seguro médico, incluida la expansión de Medicaid en estados con grandes poblaciones hispanas (por ej., Texas) y la extensión de la cobertura a inmigrantes indocumentados, la mayoría de los cuales se identifican como hispanos. Visite [healthcare.gov/](https://healthcare.gov/) para obtener más información sobre opciones de seguro médico por medio de las disposiciones en la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, siglas en inglés) (Versión en español: [cuidadodesalud.gov/es/](https://cuidadodesalud.gov/es/)).

Es importante señalar que la pandemia de COVID-19 afectó de manera desproporcionada a la comunidad hispana y otras comunidades de color en términos de carga de casos de virus, mortalidad, empleo, seguro médico y acceso a la atención médica. No se conoce completamente las implicaciones para la carga del cáncer entre los hispanos como resultado de los efectos de largo alcance de la pandemia y su impacto en el acceso a la atención médica. Sin embargo, datos preliminares han sugerido que la expectativa de vida de los hispanos disminuyó 3 años en 2020, en gran parte como resultado

de la pandemia, en comparación con una disminución de 1 año en las personas blancas no hispanas.<sup>11</sup>

## Valores culturales y creencias

Los factores culturales, como idioma, valores y tradiciones, también pueden influir en las conductas, creencias acerca de la enfermedad y de los enfoques al cuidado médico.

Muchos expertos sugieren que mejorar la competencia cultural entre los proveedores de atención médica podría ayudar a reducir las disparidades de salud.<sup>12</sup> La competencia cultural es un conjunto de actitudes, habilidades, comportamientos y políticas que permiten a las organizaciones y a los individuos trabajar de manera eficaz en situaciones interculturales.<sup>13</sup>

## Aculturación

La aculturación es la adopción entre los inmigrantes de actitudes, valores, costumbres, creencias y comportamientos del país anfitrión. La aculturación se asocia con influencias tanto positivas como negativas en la salud que varían según el sexo y el grupo hispano.<sup>14, 15</sup> En comparación con su país de origen, los inmigrantes a los EE. UU. y las generaciones posteriores pueden adoptar comportamientos poco

saludables que aumentan el riesgo de cáncer, como fumar, beber alcohol excesivamente, y consumir una dieta de menor calidad. Por ejemplo, el índice de masa corporal promedio entre los mexicanos es más alto entre los nacidos en los Estados Unidos, intermedio entre los residentes de larga data nacidos en el extranjero y más bajo entre las personas nacidas en el extranjero que han vivido en los EE. UU. 15 años o menos.<sup>16</sup> Si bien en los EE. UU. se puede disponer de una infraestructura de salud pública y atención médica de mayor calidad, muchos inmigrantes enfrentan barreras como menos tiempo libre remunerado y acceso a transporte, así como seguro médico proporcionado por el empleador, lo que finalmente reduce el acceso a la atención médica.

El aumento del riesgo de cáncer en los hispanos nacidos en los Estados Unidos debido a la aculturación es sorprendente. Por ejemplo, un estudio encontró que las tasas generales de muerte por cáncer en los hombres hispanos nacidos en los EE. UU. en Texas eran aproximadamente un 60% más altas que la de los hombres hispanos nacidos en el extranjero. (201 por 100,000 en comparación con 125, respectivamente, durante 2008-2012).<sup>17</sup> Incluso los hispanos de primera generación suelen tener tasas de cáncer más altas que las de su país de origen para los cánceres más comunes.<sup>18, 19</sup>

# Ocurrencia del cáncer entre los hispanos

## ¿Cuál es el riesgo de presentar o de morir de cáncer?

El riesgo de ser diagnosticado con cáncer aumenta con la edad porque la mayoría de los cánceres requieren varios años para desarrollarse. Los hispanos son menos propensos a ser diagnosticados con cáncer que los blancos no hispanos en general, aunque el riesgo varía según el tipo de cáncer. Aproximadamente 1 de cada 3 hombres y mujeres hispanos serán diagnosticados con cáncer en su vida y 1 de cada 5 hombres y de cada 7 mujeres morirá a causa de la enfermedad (Tabla 2).<sup>20</sup>

## ¿Cuántos casos nuevos y muertes por cáncer se prevén en 2021?

**Casos nuevos:** En 2021, se proyecta que se diagnosticarán 80,200 nuevos casos de cáncer en hombres hispanos y 96,400 casos en mujeres hispanas, excluidos los cánceres de piel de células basales y de células escamosas, que no requieren ser reportados a los registros del cáncer (Figura 2). Al igual que en la población de los

EE. UU. en general, los cánceres de próstata y de seno son los cánceres más comunes en hombres y mujeres hispanos, respectivamente.

**Muertes:** El cáncer es la principal causa de muerte en la población hispana de los EE. UU., mientras que la cardiopatía es la principal causa de muerte en los blancos no hispanos (Tabla 3), lo que refleja la estructura de edad más joven de la población hispana. Se prevé que aproximadamente 23,800 hombres hispanos y 22,700 mujeres hispanas mueran de cáncer en 2021, siendo el cáncer de pulmón la principal causa de muerte por cáncer en los hombres y el cáncer de seno en las mujeres (Figura 2).

## ¿Cómo han cambiado las tasas del cáncer con el tiempo?

**Tendencias en la incidencia del cáncer:** Las tendencias en las tasas del cáncer en los hispanos en los EE. UU. son difíciles de interpretar porque el riesgo de cáncer en los inmigrantes recientes difiere considerablemente del de los

**Tabla 3. Principales causas de muerte en los Hispanos en comparación con los Blancos No Hispanos, EE. UU., 2019**

	Hispanos				Blancos No Hispanos			
	Rango	Número de muertes	Porcentaje total de muertes	Tasa de mortalidad*	Rango	Número de muertes	Porcentaje total de muertes	Tasa de mortalidad*
Cáncer	1	43,079	20	106.2	2	462,064	21	150.9
Cardiopatías	2	41,794	20	111.8	1	513,673	23	165.6
Accidentes (lesiones no intencionadas)	3	18,874	9	35.1	4	125,755	6	54.6
Accidentes cerebrovasculares	4	11,959	6	32.9	5	111,060	5	35.6
Diabetes	5	10,166	5	25.8	7	57,325	3	19.0
Enfermedad de Alzheimer	6	8,221	4	25.4	6	100,532	5	31.5
Enfermedad hepática crónica y cirrosis	7	6,877	3	14.6	11	31,976	1	11.8
Enfermedad respiratoria crónica de vías bajas	8	5,700	3	16.2	3	136,454	6	43.5
Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	9	4,488	2	11.8	10	35,153	2	11.4
Auto lesiones intencionadas (suicidio)	10	4,331	2	7.2	9	37,672	2	17.5
Todas las causas		212,397	100	526.0		2,189,567		736.0

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

**Fuente:** Centro Nacional para Estadísticas del Cáncer, Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades 2021.

©2021, Ciencia de la vigilancia y la equidad en salud de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

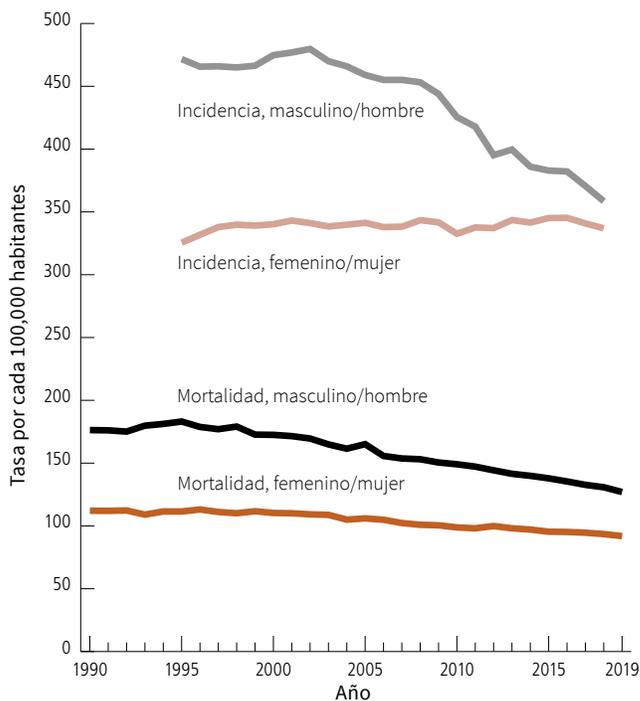
residentes establecidos y los patrones de inmigración cambian con frecuencia. Durante los 10 años de datos más recientes (2009-2018), las tasas de incidencia en los hombres hispanos disminuyeron aproximadamente un 2% por año, mientras que las de las mujeres hispanas se mantuvieron estables. Este patrón generalmente constante a lo largo del tiempo ha dado como resultado que las tasas de incidencia en los hombres hispanos se acerquen lentamente a las de las mujeres hispanas, aunque las tasas en 2018 se mantuvieron alrededor de un 5% más altas en los hombres (Figura 3). Las tasas de incidencia en la población general también se están uniendo lentamente en hombres y mujeres, pero siguen siendo aproximadamente 14% más altas en los hombres.<sup>21</sup> Las tendencias para cánceres seleccionados se muestran en la Figura 4 y se analizan a partir de la página 9.

**Tendencias en la mortalidad por cáncer:** La tasa de mortalidad por cáncer en los EE. UU. empezó a disminuir en 1991 en general, pero esto no ocurrió en los hispanos sino hasta finales de la década de 1990 (Figura 3). Las tasas de mortalidad para todos los cánceres combinados disminuyeron de 2010 a 2019 en hombres y mujeres hispanos en un promedio de 1.6% y 0.9% por año, respectivamente, algo similar ocurre con los hombres blancos no hispanos (1.8%) y las mujeres (1.5%).

## ¿Cómo difieren las tasas de cáncer entre los hispanos?

**Tasas de incidencia y de mortalidad:** En comparación con los blancos no hispanos, los hombres y mujeres hispanos en los EE. UU. continentales y Hawái tienen tasas más bajas de los cuatro cánceres más comunes

**Figura 3. Tendencias en las Tasas de Incidencia y de Mortalidad para Todos los Tipos de Cáncer Combinados en Hispanos, EE. UU., 1990-2019**

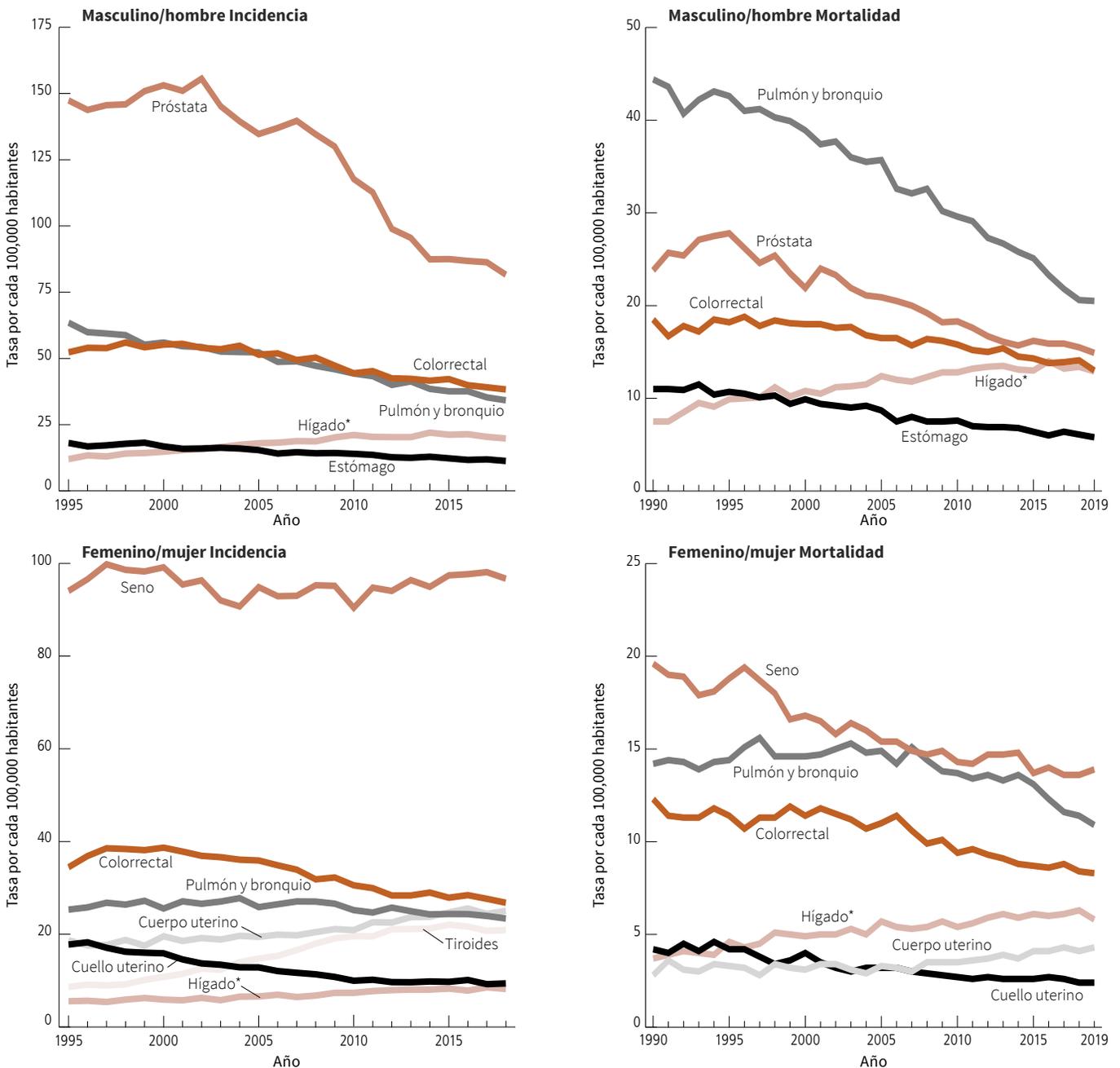


Las tasas están ajustadas por edad a la población estándar de los EE. UU. del año 2000. Las tasas de incidencia se basan en casos diagnosticados en 28 estados que cumplieron con los estándares de datos de alta calidad de la Asociación Norteamericana de Registros Centrales del Cáncer (North American Association of Central Cancer Registries - NAACCR) durante todos los años. Las muertes en Luisiana, Nuevo Hampshire y Oklahoma se excluyeron de las tasas de mortalidad porque estos estados no recopilaban información completa sobre el origen hispano durante algunos años.

**Fuentes:** Incidencia – Asociación Norteamericana de Registros Centrales del Cáncer (NAACCR), 2021. Mortalidad – Centro Nacional de Estadísticas de Salud, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2021.

©2021, Ciencia de la vigilancia y la equidad en salud de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

**Figura 4. Tendencias en las Tasas de Incidencia y de Mortalidad en Hispanos para Cánceres Seleccionados, EE. UU., 1990-2019**



Las tasas están ajustadas por edad a la población estándar de los EE. UU. del año 2000. Las tasas de incidencia se basan en casos diagnosticados en 28 estados que cumplieron con los estándares de datos de alta calidad de la Asociación Norteamericana de Registros Centrales del Cáncer (NAACCR) durante todos los años. Las muertes en Luisiana, Oklahoma y Nuevo Hampshire se excluyeron de las tasas de mortalidad porque estos estados no recopilaban información completa sobre el origen hispano durante algunos años. \*Se incluye el conducto biliar intrahepático. NOTA: Las cifras se muestran en diferentes escalas para enfatizar las tendencias.

**Fuentes:** Incidencia – Asociación Norteamericana de Registros Centrales del Cáncer (NAACCR), 2021. Mortalidad – Centro Nacional de Estadísticas de Salud, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2021.

©2021, Ciencia de la vigilancia y la equidad en salud de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

(cánceres de seno femenino, colorrectal, pulmón y próstata) pero tienen tasas más altas de cánceres relacionados con infecciones (cánceres de estómago, hígado y cuello uterino) y cáncer de vesícula biliar (Tabla 4), lo que generalmente refleja el riesgo de cáncer en Latinoamérica con excepción del cáncer de hígado.<sup>22</sup> Sin

embargo, existe una gran variación dentro de este grupo en su totalidad según el país de origen<sup>23</sup> y nacimiento, con riesgo en los residentes de larga data y los descendientes de inmigrantes hispanos que se acerca o superan al de los blancos no hispanos para algunos tipos de cáncer debido a la aculturación (vea la sección sobre

**Tabla 4. Tasas de Incidencia y Mortalidad por Cáncer en los Hispanos en comparación con los Blancos No Hispanos, EE. UU., 2014-2019**

Cáncer	Masculino/hombre			Femenino/mujer		
	Tasa en hispanos	Tasa en Blancos No Hispanos	Cociente de tasa	Tasa en hispanos	Tasa en Blancos No Hispanos	Cociente de tasa
Leucemia linfocítica aguda	2.8	1.8	1.57	2.2	1.4	1.55
Seno (femenino)				96.3	132.5	0.73
Colon y recto*	39.2	41.5	0.95	27.6	31.3	0.88
Vesícula biliar	1.2	0.7	1.88	2.5	1.1	2.29
Riñón y pelvis renal	22.3	23.5	0.95	12.7	11.8	1.07
Hígado y conducto biliar intrahepático	20.3	10.9	1.86	8.1	3.9	2.06
Pulmón y bronquio	36.1	69.0	0.52	24.2	56.0	0.43
Linfoma no Hodgkin	20.1	24.2	0.83	15.6	16.5	0.94
Cavidad oral y faringe	10.5	20.0	0.52	4.3	7.0	0.61
Ovario				10.0	11.1	0.90
Páncreas	12.5	15.1	0.83	10.8	11.2	0.96
Próstata	85.3	99.9	0.85			
Estómago	12.0	7.4	1.62	7.7	3.5	2.22
Tiroides	5.8	8.1	0.72	21.2	22.0	0.97
Vejiga urinaria	18.6	38.0	0.49	4.9	9.4	0.52
Cuello uterino				9.6	7.2	1.32
Cuerpo uterino				24.5	27.8	0.88
<b>Todos los sitios</b>	<b>370.2</b>	<b>501.3</b>	<b>0.74</b>	<b>339.2</b>	<b>442.8</b>	<b>0.77</b>

Cáncer	Masculino/hombre			Femenino/mujer		
	Tasa en hispanos	Tasa en Blancos No Hispanos	Cociente de tasa	Tasa en hispanos	Tasa en Blancos No Hispanos	Cociente de tasa
Leucemia linfocítica aguda	0.8	0.5	1.57	0.6	0.3	1.86
Seno (femenino)				13.7	19.9	0.69
Colon y recto*	13.7	15.8	0.87	8.5	11.3	0.75
Vesícula biliar	0.5	0.4	1.46	1.1	0.6	1.91
Riñón y pelvis renal	4.9	5.4	0.90	2.2	2.3	0.95
Hígado y conducto biliar intrahepático	13.2	8.5	1.57	6.0	3.6	1.67
Pulmón y bronquio	22.1	47.0	0.47	11.8	34.2	0.35
Linfoma no Hodgkin	5.7	7.2	0.79	3.6	4.2	0.85
Cavidad oral y faringe	2.4	4.1	0.59	0.8	1.5	0.56
Ovario				5.0	6.9	0.73
Páncreas	9.6	13.0	0.74	7.9	9.6	0.82
Próstata	15.6	17.8	0.88			
Estómago	6.1	3.0	2.04	3.9	1.5	2.58
Tiroides	0.6	0.5	1.13	0.7	0.4	1.58
Vejiga urinaria	3.9	8.1	0.49	1.3	2.2	0.58
Cuello uterino				2.5	2.0	1.24
Cuerpo uterino				4.2	4.6	0.92
<b>Todos los sitios</b>	<b>132.2</b>	<b>186.2</b>	<b>0.71</b>	<b>93.9</b>	<b>135.4</b>	<b>0.69</b>

Todos los cocientes por tasa presentados fueron estadísticamente significativos ( $p < 0.05$ ). Las tasas son por cada 100,000 habitantes y están ajustadas por edad a la población estándar de los EE. UU. del año 2000. Los cocientes de tasas son las tasas no redondeadas en hispanos dividido por las tasas no redondeadas en blancos (NH). \*Las tasas de incidencia de cáncer colorrectal excluyen los cánceres de apéndice.

**Fuente:** Incidencia – Asociación Norteamericana de Registros Centrales del Cáncer, 2021. Mortalidad – Centro Nacional de Estadísticas de Salud, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2021. Los datos excluyen a Puerto Rico.

©2021, Ciencia de la vigilancia y la equidad en salud de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

Aculturación, página 5).<sup>19, 21, 24</sup> En consecuencia, el patrón de cáncer en Puerto Rico es más similar al de los blancos no hispanos que al de todas las demás personas hispanas en los EE. UU. con la notable excepción del cáncer de pulmón, para el cual la tasa en los residentes de Puerto Rico es un tercio de la de los blancos no hispanos y dos tercios de todos los demás hispanos en los EE. UU. (Tabla 5). En contraste, las tasas de mortalidad por cáncer de próstata y colorrectal en los hombres en Puerto Rico son entre un 40% y un 20% más altas, respectivamente, que las de los hombres blancos no hispanos.

**La distribución de la etapa y la supervivencia:** La etapa del cáncer describe la extensión o propagación de la enfermedad al momento del diagnóstico. Los hombres y las mujeres hispanos generalmente tienen menos probabilidades de ser diagnosticados en una etapa temprana, cuando el tratamiento suele ser menos intensivo y más exitoso, con las brechas más grandes para el melanoma y el cáncer de seno (Figura 5).

La supervivencia relativa a cinco años es el porcentaje de personas que han sobrevivido al cáncer 5 años después del diagnóstico, ajustado a la expectativa de vida normal y se utiliza para describir la supervivencia al cáncer en este informe (consulte Fuentes de Estadísticas, página 31). La supervivencia relativa a cinco años en los pacientes hispanos es similar o ligeramente inferior a la de los blancos no hispanos para la mayoría de los cánceres. Una excepción es el melanoma, para el cual la supervivencia a 5 años es del 91% en los hombres blancos no hispanos en comparación con el 78% en los hombres hispanos y del 95% en comparación con el 88%, respectivamente, en las mujeres (Figura 6). Esta desigualdad probablemente refleja un diagnóstico en una etapa tardía (Figura 5) y quizás una mayor proporción de tumores más densos en los pacientes hispanos.<sup>25</sup> Es importante destacar que las desigualdades en la supervivencia más amplias entre los hispanos pueden estar enmascaradas porque el seguimiento del estado vital del paciente es más desafiante y menos preciso para las personas nacidas en el extranjero y pueden regresar a su país de origen con una enfermedad.<sup>26</sup> Las comparaciones de supervivencia también están influenciadas por la estructura etaria más joven en los hispanos porque, a diferencia de la incidencia y de la mortalidad, las estadísticas de supervivencia son reportadas al programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales del Instituto Nacional del Cáncer y no están ajustadas por edad.

**Tabla 5. Tasas de Incidencia y de Mortalidad para Cánceres Seleccionados, Puerto Rico, 2014-2018**

	Incidencia	Mortalidad
Todos los sitios		
Masculino/Hombre	410.0	140.3
Femenino/Mujer	334.3	89.2
Seno (femenino)	95.2	17.6
Colon y recto		
Masculino/Hombre	48.8	19.1
Femenino/Mujer	33.6	11.5
Hígado y conducto biliar intrahepático		
Masculino/Hombre	13.3	9.1
Femenino/Mujer	4.4	3.4
Pulmón y bronquio		
Masculino/Hombre	22.6	16.9
Femenino/Mujer	11.5	7.8
Próstata	144.3	23.8
Estómago		
Masculino/Hombre	9.4	5.4
Femenino/Mujer	5.9	3.0
Tiroides		
Masculino/Hombre	11.9	0.4
Femenino/Mujer	44.5	0.4
Cuello uterino	12.9	2.2

Las tasas son por cada 100,000 habitantes y están ajustadas por edad a la población estándar de los EE. UU. del año 2000. Las tasas para Puerto Rico excluyen los casos diagnosticados en la segunda mitad de 2017 debido al impacto del huracán María. Las tasas de incidencia del cáncer de colon y recto excluyen el apéndice.

**Fuente:** Incidencia – Asociación Norteamericana de Registros Centrales del Cáncer, 2021. Mortalidad – Centro Nacional de Estadísticas de Salud, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2021.

©2021, Ciencia de la vigilancia y la equidad en salud de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

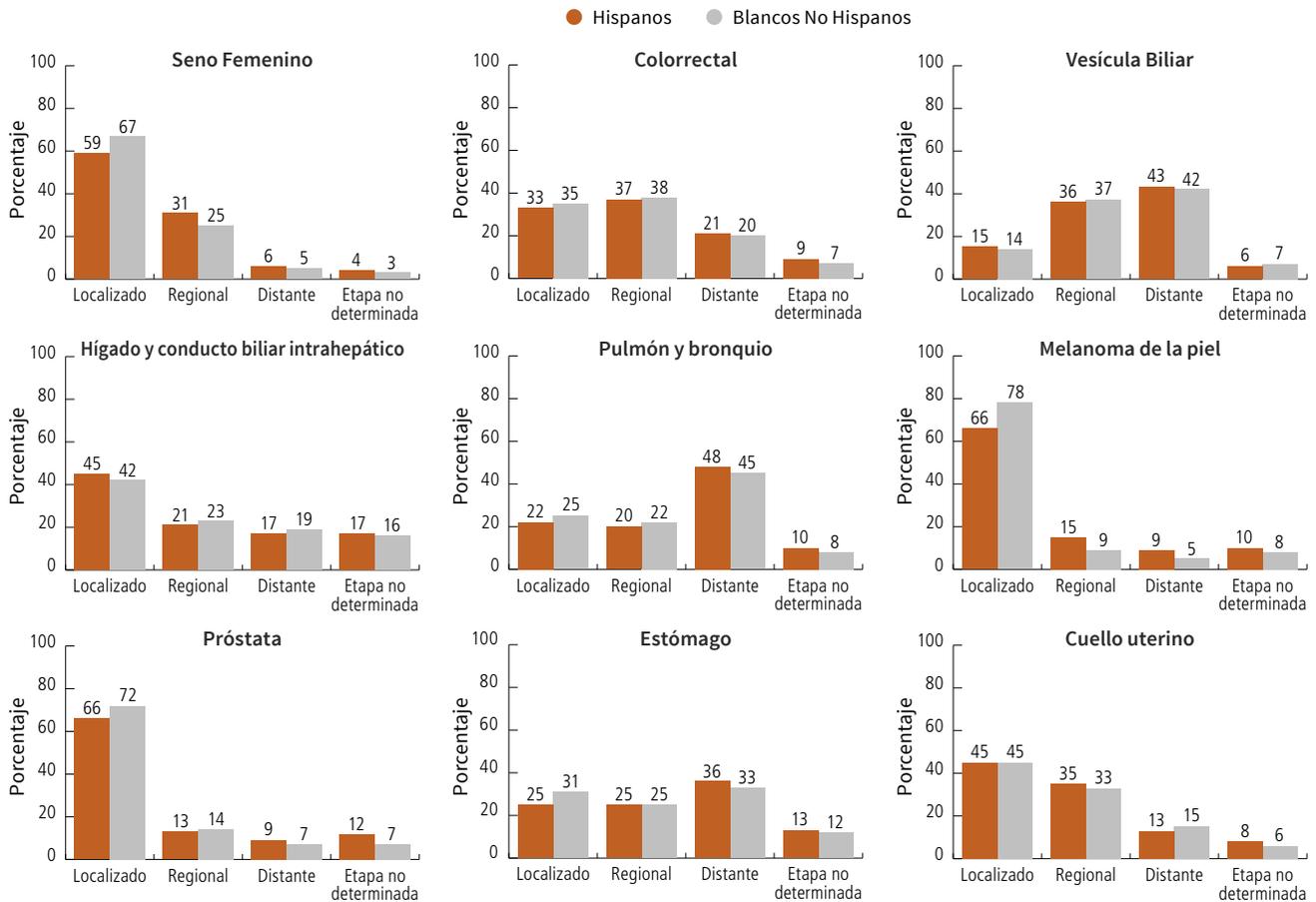
## Cánceres seleccionados

### Seno femenino

**Casos nuevos y muertes:** Se espera que ocurran aproximadamente 28,100 casos de cáncer de seno y 3,100 muertes en las mujeres hispanas en 2021 (Figura 2). Las tasas de incidencia y de mortalidad por cáncer en las mujeres hispanas son aproximadamente 30% más bajas en comparación a las tasas en las mujeres blancas no hispanas en general (Tabla 4) y aún más bajas en quienes nacieron en el extranjero.<sup>27</sup> Esto refleja en parte las diferencias en los factores reproductivos asociados con el riesgo de cáncer de seno (vea Factores de Riesgo, página 10) y probablemente menor prevalencia de detección mediante mamografías en mujeres hispanas y, por lo tanto, menor detección de lesiones asintomáticas.<sup>28</sup>

**Tendencias de la incidencia:** La tasa de incidencia de cáncer de seno aumentó aproximadamente un 0.5% por año en las mujeres hispanas de 2009 a 2018, similar a las tendencias en las mujeres blancas no hispanas.

**Figura 5. Distribución de Etapas para Cánceres Seleccionados en Hispanos y Blancos No Hispanos, EE. UU., 2014-2018**



Es posible que los porcentajes no lleguen a 100 debido al redondeo. Local: un cáncer maligno invasivo confinado enteramente al órgano de origen. Regional: un cáncer maligno que 1) se ha extendido más allá de los límites del órgano de origen directamente a los órganos o tejidos circundantes; 2) afecta a los ganglios linfáticos regionales; o 3) tiene extensión regional y afectación de los ganglios linfáticos regionales. Distante: un cáncer maligno que se ha propagado a partes del cuerpo alejadas del tumor primario, ya sea por extensión directa o por metástasis discontinua a órganos y tejidos distantes, o por medio del sistema linfático a ganglios linfáticos distantes.

**Fuente:** Asociación Norteamericana de Registros Centrales del Cáncer, 2021.

©2021, Ciencia de la vigilancia y la equidad en salud de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

**Tendencias de la mortalidad:** La mortalidad por cáncer de seno ha disminuido en las mujeres hispanas desde principios de la década de 1990; de 2010 a 2019, la tasa disminuyó un 0.8% anual en las mujeres hispanas en general, similar a la disminución en las mujeres blancas no hispanas (1.3% anual).

**Factores de Riesgo:** Los factores potencialmente modificables que aumentan el riesgo de cáncer de seno son consumo de alcohol, uso de terapia hormonal postmenopáusica, inactividad física y aumento de peso después de los 18 años de edad y/o tener sobrepeso/obesidad (cáncer de seno postmenopáusico).<sup>29</sup> (Vea página 17 para conocer la prevalencia de determinados factores de riesgo de cáncer en los hispanos). Algunas investigaciones indican que la relación que existe entre el exceso de peso corporal y el riesgo de cáncer de seno es por lo general similar en las mujeres blancas hispanas y no hispanas después de considerar las diferencias en el uso de terapia hormonal para la menopausia y el subtipo

de tumor, aunque es necesario avanzar más en la investigación en esta área.<sup>30</sup>

Los factores reproductivos asociados con la reducción del riesgo de cáncer de seno incluyen una edad más joven en el primer parto, una mayor paridad (número de partos) y la lactancia materna, todos los cuales son más comunes en las mujeres hispanas que en las blancas no hispanas.<sup>31</sup> En particular, el inicio de la lactancia materna es mayor en las mujeres hispanas que en las mujeres blancas no hispanas,<sup>32</sup> especialmente en las inmigrantes.<sup>33</sup>

**Detección temprana:** La mamografía de detección puede detectar el cáncer de seno en una etapa temprana, cuando el tratamiento suele ser menos intensivo y más exitoso. Para obtener más información sobre el uso de mamografías en las mujeres hispanas, vea página 24.

**La distribución de la etapa y supervivencia:** La supervivencia del cáncer de seno a cinco años en las

mujeres hispanas es ligeramente más baja que en las mujeres blancas no hispanas, 88% en comparación con 92% (Figura 6), lo que en parte refleja la mayor proporción de mujeres hispanas diagnosticadas con la enfermedad en etapa tardía. Durante 2014-2018, 59% de los cánceres de seno en mujeres hispanas fueron diagnosticados en una etapa localizada, en comparación con 67% en las mujeres blancas no hispanas (Figura 5). Es menos probable que el cáncer de seno se diagnostique en una etapa localizada en mujeres hispanas que en mujeres blancas no hispanas, incluso después de tener en cuenta las diferencias de edad, nivel socioeconómico y método de detección.<sup>34,35</sup> Las tasas más bajas de detección mediante mamografía y el retraso en el seguimiento de resultados anormales o de anomalías de los senos autodetectadas en las mujeres hispanas probablemente contribuyen a esta diferencia.<sup>36,37</sup>

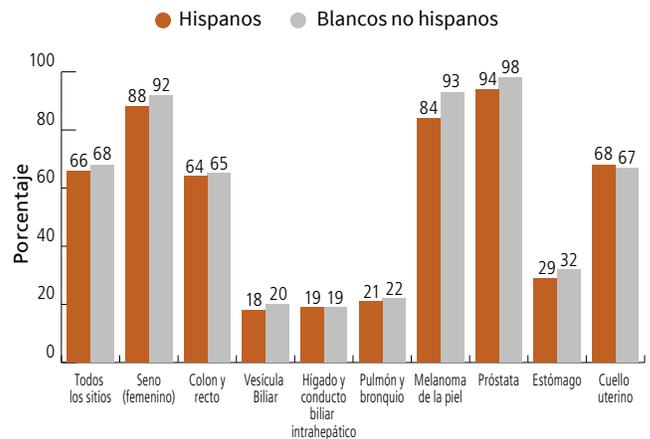
Además de ser más propensas a ser diagnosticadas en etapa más tardía, las mujeres hispanas son más propensas que las mujeres blancas no hispanas a ser diagnosticadas con tumores que son más grandes y con receptores de hormonas negativos, los cuales son más difíciles de tratar,<sup>38,39</sup> y son menos propensas a recibir tratamiento de cáncer de seno apropiado y oportuno.<sup>40</sup> Después de considerar estos factores, no se sabe con seguridad cómo se compara la supervivencia al cáncer de seno de las mujeres hispanas con la de las mujeres blancas no hispanas,<sup>39,41,42</sup> especialmente debido a las mayores dificultades en el seguimiento del estado vital de pacientes hispanos (vea Limitaciones de los Datos, página 30). La supervivencia a cinco años para la enfermedad en etapa local, regional y distante en las mujeres hispanas es de 97%, 85% y 31%, respectivamente.

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

## Colon y recto

**Casos nuevos y muertes:** En 2021, se prevé que aproximadamente 16,500 hombres y mujeres hispanos serán diagnosticados con cáncer de colon o recto (colorrectal, CCR) y aproximadamente 4,700 hispanos morirán por esta enfermedad. Los hispanos tienen tasas de incidencia y mortalidad por CCR más bajas que los blancos no hispanos, con una brecha más grande para las mujeres que para los varones (Tabla 4). Sin embargo, en algunos estados como Texas y California, los hombres hispanos nacidos en los EE. UU. tienen tasas de mortalidad por CCR que se acercan o superan a las de los hombres blancos no hispanos debido a la aculturación (vea la página 11).<sup>19,43</sup>

**Figura 6. Tasas de Supervivencia Relativa a Cinco años (%) en Hispanos y Blancos No Hispanos, 2011-2017**



Las tasas se basan en casos diagnosticados en las 18 áreas de SEER (con excepción del Registro de Nativos de Alaska) de 2011 a 2017, continuado hasta 2018. NOTA: Las tasas de supervivencia deben interpretarse con prudencia. Para obtener más información, vea la sección sobre Notas Estadísticas, página 31.

**Fuente:** Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (Surveillance, Epidemiology, and End Results Program -SEER), Instituto Nacional del Cáncer, 2021.  
©2021, Ciencia de la vigilancia y la equidad en salud de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

**Tendencias de la incidencia:** La disminución del CCR en los hispanos comenzó más tarde y fue inicialmente más lenta que la de los blancos no hispanos debido a la adopción más gradual de la detección mediante colonoscopia. Sin embargo, de 2009 a 2018, las tasas de incidencia de cáncer colorrectal (CCR) disminuyeron aproximadamente 2% por año en los hispanos, lo cual se asemeja a la disminución en los blancos no hispanos. Las tasas en los últimos años posiblemente se estén estabilizando, en parte debido a que se llegó a un nivel máximo estable en la adopción de los exámenes de detección.<sup>43</sup>

**Tendencias de la mortalidad:** De 2010 a 2019, las tasas de mortalidad por CCR disminuyeron por 1.7% anual en los hombres y mujeres hispanos, lo cual se asemeja a la disminución anual de 1.9% en los blancos no hispanos.

**Factores de Riesgo:** Los factores modificables que aumentan el riesgo de CCR incluyen obesidad (especialmente abdominal), alto consumo de carnes rojas o procesadas, inactividad física (solo de cáncer de colon), fumar cigarrillos, consumo de alcohol en exceso, baja ingesta de calcio y muy baja ingesta de frutas y verduras.<sup>44</sup> Los antecedentes médicos personales y factores hereditarios que aumentan el riesgo incluyen diabetes tipo 2, enfermedad intestinal inflamatoria crónica de duración significativa (p. ej., colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn), ciertos síndromes hereditarios (p. ej., síndrome de Lynch poliposis adenomatosa familiar

(PAF), y antecedentes personales o familiares de adenomas o de CCR.<sup>45-48</sup>

**Prevención y detección temprana:** Los exámenes de detección pueden detectar el CCR en una etapa más temprana, cuando el tratamiento es por lo general menos intensivo y más exitoso. Además, la detección y extirpación de pólipos adenomatosos mediante exámenes de detección de rutina contribuye a la prevención de CCR.<sup>49</sup> Para obtener más información sobre los exámenes de detección de CCR en hispanos, vea la página 25.

**La distribución de la etapa y la supervivencia:** Si bien en general la supervivencia a 5 años para el cáncer colorrectal es similar en los hispanos y los blancos no hispanos (64% en comparación con 65%, respectivamente), los hombres y mujeres hispanos tienen un poco menos de probabilidades de ser diagnosticados con una enfermedad localizada en comparación con los blancos no hispanos, 33% en comparación con 35%, respectivamente (Figura 5). La supervivencia a cinco años en los pacientes hispanos diagnosticados en una etapa localizada es de 90%, disminuyendo a 71% y a 15% para quienes son diagnosticados en etapas regional y distante, respectivamente, muy similar a los pacientes blancos no hispanos.

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

## Pulmón y Bronquio

**Casos nuevos y muertes:** En 2021, se prevé que aproximadamente 6,000 hombres hispanos y 5,800 mujeres hispanas sean diagnosticados con cáncer de pulmón y de bronquio (pulmonar) así como también que 3,200 hombres hispanos y 2,300 mujeres hispanas mueran debido a la enfermedad. Las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de pulmón en los hombres y mujeres hispanos son aproximadamente la mitad de las de los blancos no hispanos (Tabla 4) debido a la histórica (y continua) menor prevalencia del consumo de cigarrillos y porque quienes fuman, consumen menos cigarrillos.<sup>50</sup> Sin embargo, las tasas en los subgrupos hispanos varían considerablemente, en particular en los hombres.<sup>51</sup> Por ejemplo, las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón en los hombres cubanos son solo 25% más bajas que las de los hombres blancos no hispanos.<sup>23</sup>

**Tendencias de la incidencia:** De 2009 a 2018 las tasas de incidencia de cáncer de pulmón disminuyeron aproximadamente 3% anualmente en los hombres hispanos y por 1% anualmente en las mujeres hispanas,

muy similar a los patrones en los blancos no hispanos. La disminución más lenta en las mujeres refleja una adopción más tardía y gradual del tabaquismo en comparación con los hombres.

**Tendencias de la mortalidad:** De manera similar a las tendencias en los blancos no hispanos, las disminuciones anuales en las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón entre los hispanos se han acelerado rápidamente en los últimos años, probablemente debido a los avances en el tratamiento. Durante 2015 a 2019, las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón disminuyeron por 4.6% por año en las mujeres hispanas y por 5.1% por año en los hombres hispanos.

**Factores de Riesgo:** Fumar cigarrillos es el principal factor de riesgo para el cáncer de pulmón, representando aproximadamente el 80% de las muertes por cáncer de pulmón en los EE. UU. en general.<sup>4</sup> La mayoría de los cánceres de pulmón podría prevenirse aumentando el abandono del hábito en fumadores adultos y disminuyendo la iniciación del tabaquismo en los adolescentes. La prevalencia del tabaquismo en los hispanos en general es considerablemente más baja que en los blancos no hispanos, sin embargo continúa variando ampliamente según la nacionalidad y el estatus de nacimiento (vea la sección sobre el Tabaco, página 17).

**Detección temprana:** Se ha demostrado que la detección mediante tomografía computarizada helicoidal de baja dosis reduce la mortalidad en quienes tienen alto riesgo.<sup>52</sup> Para obtener información sobre la detección del cáncer de pulmón, vea la página 25.

**La distribución de la etapa y la supervivencia:** Los pacientes hispanos tienen una probabilidad ligeramente menor de ser diagnosticados con una enfermedad localizada en comparación con los blancos no hispanos (22% en comparación con 25%, respectivamente), aunque la supervivencia relativa general a 5 años para todas las etapas combinadas es similar (hispanos: 21%, blancos no hispanos: 22%) (Figura 5). La supervivencia relativa a cinco años es del 62% para la enfermedad localizada en los pacientes hispanos, descendiendo a 33% y a 7% para la enfermedad en estadio regional y distante.

## Próstata

**Casos nuevos y muertes:** En 2021, se espera que se diagnostiquen alrededor de 17,600 nuevos casos de cáncer de próstata en los hombres hispanos, y se estima que 2,400 hombres hispanos mueran a causa de la enfermedad. Tasas de incidencia y mortalidad por cáncer son un 12% más bajas en los hombres hispanos en comparación con los hombres blancos no hispanos (Tabla 4). Las diferencias

en la incidencia probablemente reflejan una menor prevalencia de exámenes de detección en los hombres hispanos mediante la prueba de antígeno prostático específico (APE o PSA, por sus siglas en inglés), que detecta una enfermedad asintomática, a veces indolente.

**Tendencias de la incidencia:** Aunque la incidencia del cáncer de próstata en general disminuyó después de alcanzar su punto máximo a principios de la década de 1990, las tasas se han estabilizado en los últimos años en los hombres blancos no hispanos y en los hispanos durante 2014-2018. Las tendencias de incidencia están impulsadas por cambios en las recomendaciones de las guías para la detección mediante la prueba de APE. Para obtener más información sobre los exámenes de detección de cáncer de próstata, vea página 25.

**Tendencias de la mortalidad:** De 2010 a 2019, la tasa de mortalidad por cáncer de próstata disminuyó anualmente 1.8% en los hombres hispanos y 1.3% en los hombres blancos no hispanos, aunque en los últimos años el ritmo de la disminución se desaceleró en los hombres blancos no hispanos y se estabilizó en los hombres hispanos.

**Factores de Riesgo:** Los únicos factores de riesgo bien establecidos para el cáncer de próstata son el incremento de la edad, la ascendencia africana, determinadas condiciones genéticas hereditarias (por ej., síndrome de Lynch), y antecedentes familiares de la enfermedad. Sin embargo, cada vez más evidencias sugieren que la obesidad y el tabaquismo pueden estar asociados a un mayor riesgo de presentar una enfermedad agresiva.<sup>53</sup>

**Detección temprana:** En la actualidad, ninguna organización recomienda las pruebas de APE de rutina para la detección temprana del cáncer de próstata en los hombres con riesgo promedio. La Sociedad Americana Contra El Cáncer recomienda que los hombres que podrían beneficiarse al hacerse el análisis tengan la oportunidad de tomar una decisión compartida con su proveedor de atención médica sobre si hacerse un examen de detección. Para obtener más información sobre exámenes de detección de cáncer de próstata, vea la página 25.

**La distribución de la etapa y la supervivencia:** La supervivencia relativa a 5 años al cáncer de próstata en general es ligeramente menor en los hombres hispanos que en los hombres blancos no hispanos, 94% en comparación con 98%, respectivamente. Nuevamente, esta diferencia refleja, al menos en parte, menos pruebas de APE en los hombres hispanos porque aumenta las tasas de supervivencia del cáncer de próstata mediante la detección de la enfermedad en etapa temprana e

indolente. Alrededor del 66% de los casos de cáncer de próstata en hispanos en comparación con el 72% en blancos no hispanos se diagnostican en una etapa localizada (Figura 5). La supervivencia a cinco años en los hispanos por etapa es >99% para la etapa localizada, 99% para la etapa regional y 32% para la etapa distante.

## Vesícula biliar

**Casos nuevos y muertes:** El cáncer de vesícula biliar es uno de los pocos cánceres que ocurren con más frecuencia en mujeres que en hombres en todo el mundo.<sup>54</sup> Aproximadamente 800 hombres hispanos y 1,100 mujeres hispanas serán diagnosticados con cáncer de vesícula biliar en 2021, y se prevé que 600 personas hispanas morirán a causa de la enfermedad. Las tasas de incidencia de cáncer de vesícula biliar tanto en hombres como en mujeres hispanos son el doble que en los blancos no hispanos (Tabla 4). No se comprende la razón de las altas tasas en los hispanos, pero pueden incluir factores hereditarios y/u otros factores asociados al desarrollo de la enfermedad de la vesícula biliar.<sup>55-57</sup>

**Tendencias de la incidencia:** Entre 2009 y 2018, las tasas de incidencia de cáncer de vesícula biliar disminuyeron más rápidamente en los hispanos (aproximadamente un 1.5% anual en promedio) que en los blancos no hispanos (aproximadamente un 1% anual).

**Tendencias de la mortalidad:** De 2010 a 2019 las tasas de mortalidad disminuyeron aproximadamente 2.5% anualmente en hispanos y 1.9% anualmente en blancos no hispanos.

**Factores de Riesgo:** Los factores potencialmente modificables que aumentan el riesgo de cáncer de vesícula biliar incluyen el exceso de peso corporal, que es más frecuente en los hispanos que en los blancos no hispanos, y el uso de la terapia de reemplazo hormonal, que es menos común en las mujeres hispanas.<sup>55, 58, 59</sup> Los antecedentes de cálculos biliares también aumentan el riesgo.<sup>60</sup>

**La distribución de la etapa y la supervivencia:** La supervivencia relativa a cinco años en los hombres y mujeres hispanos para todas las etapas combinadas es aproximadamente del 18%, un poco más baja que la de los pacientes blancos no hispanos (20%). El cáncer de vesícula biliar tiene síntomas inespecíficos que normalmente resultan en un diagnóstico en etapa tardía, para el cual la supervivencia es generalmente baja.<sup>57</sup> La supervivencia a cinco años para los pacientes hispanos diagnosticados con enfermedad localizada es del 62%, pero disminuye al 26% y al 2% para los diagnosticados con enfermedad en etapa regional y distante, respectivamente.

## Hígado y conducto biliar intrahepático

**Casos nuevos y muertes:** En 2021, aproximadamente 7,100 hispanos serán diagnosticados con cáncer de hígado y de conducto biliar intrahepático (hígado), presentándose más de dos tercios de los casos en los hombres. Se espera que haya aproximadamente 4,100 muertes por cáncer de hígado en hombres y mujeres hispanos en 2021. Al igual que otros grupos minoritarios raciales/étnicos, los hispanos en general tienen tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de hígado que son casi el doble de las de los hombres y mujeres blancos no hispanos (Tabla 4). Sin embargo, las tasas en los hispanos difieren considerablemente según el nacimiento, el sexo y el país de origen, y probablemente estén fuertemente vinculadas a la aculturación y los factores de riesgo asociados, particularmente en los hombres. Los hombres hispanos nacidos en los EE. UU. tienen una mayor incidencia y mortalidad por cáncer de hígado que sus contrapartes nacidos en el extranjero, mientras que las tasas en las mujeres hispanas son similares, independientemente del lugar de nacimiento.<sup>61-63</sup>

**Tendencias de la incidencia:** El aumento a largo plazo de la incidencia de cáncer de hígado debido a la epidemia del virus de la hepatitis C en los baby boomers (los nacidos entre 1945 y 1965) parece estar disminuyendo en los hombres. De 2014 a 2018, las tasas se mantuvieron estables tanto en hombres hispanos como en hombres y mujeres blancos no hispanos, pero aumentaron en un 2% en las mujeres hispanas.

**Tendencias de la mortalidad:** Las tasas de mortalidad por cáncer de hígado se han estabilizado en los últimos años en los hombres hispanos y los hombres y mujeres blancos no hispanos, pero continuaron aumentando en las mujeres hispanas en un 1.1% anual durante 2015-2019.

**Factores de Riesgo:** La mayoría de los casos de cáncer de hígado en los EE. UU. se deben a exceso de peso corporal, consumo excesivo de alcohol, tabaquismo y trastornos metabólicos debido a la alta prevalencia de estos factores de riesgo.<sup>4,64</sup> Los hombres y mujeres hispanos tienen una mayor prevalencia de diabetes tipo 2 y exceso de peso corporal en comparación con los blancos no hispanos (vea página 22 y página 19<sup>18,65</sup> y por lo tanto es probable que tengan en el futuro una carga desproporcionada de cáncer de hígado asociado al metabolismo.<sup>66</sup>

A pesar de la prevalencia relativamente baja en los EE. UU. en general, la infección con VHC representa la mayoría de los casos de cáncer de hígado en los hispanos en Florida.<sup>66</sup> La exposición a las aflatoxinas (un veneno producido por un hongo que puede crecer en los

alimentos almacenados en condiciones de humedad y calor) aumenta aún más el riesgo de presentar cáncer de hígado en personas con infección crónica con VHB/VHC y también es un factor de riesgo independiente importante en algunos países como México.<sup>67</sup> La prevención primaria del cáncer de hígado está disponible mediante vacunas que brindan protección contra el VHB y el tratamiento para VHB y VHC (vea la página 22).

**La distribución de la etapa y la supervivencia:** La supervivencia al cáncer de hígado a cinco años en los pacientes hispanos y blancos no hispanos es similar (19%) (Figura 6). Incluso en el 45% de los pacientes hispanos diagnosticados en una etapa localizada, la supervivencia anual es solo del 31%, por lo que la prevención es tan importante.

## Estómago

**Casos nuevos y muertes:** En 2021, aproximadamente 4,400 hispanos serán diagnosticados con cáncer de estómago y se calcula que aproximadamente 2,200 mujeres morirán a causa de la enfermedad. En comparación con los blancos no hispanos, las tasas de incidencia de cáncer de estómago en los hispanos son un 60% más altas en los hombres y más del doble en las mujeres. Los hombres y mujeres hispanos también parecen tener un mayor riesgo de cáncer de estómago antes de los 50 años de edad.<sup>68</sup>

**Tendencias de la incidencia:** Entre 2009 y 2018, las tasas de incidencia disminuyeron entre un 1% y un 2% por año en hombres y mujeres hispanos y hombres blancos no hispanos, pero se mantuvieron estables en las mujeres blancas no hispanas. Sin embargo, las tasas de incidencia probablemente están aumentando en adultos jóvenes hispanos y blancos no hispanos, cuyas causas no están claras, pero pueden estar relacionadas con cambios en la dieta y alteraciones posteriores en el microbioma intestinal.<sup>69,70</sup>

**Tendencias de la mortalidad:** Las tasas de mortalidad por cáncer de estómago disminuyeron de 2010 a 2019 en un 2% por año en hombres y mujeres hispanos, en comparación con una disminución del 3% anual en hombres y mujeres blancos no hispanos.

**Factores de Riesgo:** La infección crónica con *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) es el factor de riesgo conocido más importante para el cáncer de estómago.<sup>71-73</sup> (Para obtener más información sobre *H. pylori*, vea la página 22). Otros factores de riesgo importantes incluyen el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol, alimentos conservados en sal, y/o carnes procesadas.<sup>74</sup> Algunos estudios han demostrado que las frutas y

verduras sin almidón, especialmente las verduras del género allium (p.ej., ajo, cebollas, puerros), brindan protección contra el cáncer de estómago.<sup>75</sup>

**La distribución de la etapa y la supervivencia:** La supervivencia por cáncer de estómago a cinco años en hombres y mujeres hispanos es del 26% y 33%, respectivamente, un poco más baja que la de los blancos no hispanos (29% y 39%). La mayoría de los casos en pacientes hispanos son diagnosticados en una etapa distante (Figura 5), para los cuales la supervivencia a 5 años es de 4%.

## Cuello uterino

**Casos nuevos y muertes:** En 2021, 2,700 mujeres hispanas en los EE. UU. serán diagnosticadas con cáncer de cuello uterino, más comúnmente referido como cáncer cervical y se prevé que 600 mujeres mueran a causa de la enfermedad. La incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino en las mujeres hispanas es aproximadamente 30%-40% más alta que en las mujeres

blancas no hispanas (Tabla 4). Esto, en parte, refleja el riesgo en las mujeres en México, América Central y del Sur, que es más de tres veces más elevado que en las mujeres en los EE. UU. en general, esto se debe en gran medida a un menor acceso a las pruebas de detección y una mayor prevalencia de la infección con VPH.<sup>22, 54</sup>

**Tendencias de la incidencia:** Las tasas de incidencia en mujeres hispanas y blancas no hispanas han disminuido durante décadas, sin embargo parecen haberse estabilizado en los últimos años.

**Tendencias de la mortalidad:** Las tasas de mortalidad disminuyeron 2.2% por año en las mujeres hispanas y se mantuvieron estables en las blancas no hispanas de 2010 a 2019. Sin embargo, las tasas también parecen estabilizarse en las mujeres hispanas menores de 50 años de edad.

**Factores de Riesgo:** El cáncer de cuello uterino es causado por una infección persistente con determinados

**Tabla 6. Tasas de Incidencia y Cocientes de Tasa de Cáncer en Niños y Adolescentes Blancos No Hispanos, EE. UU., 2014-2018**

	0-14 años de edad			15-19 años de edad		
	Hispanos	Blancos No Hispanos	Cociente de Tasa	Hispanos	Blancos No Hispanos	Cociente de Tasa
Leucemia	64.5	51.5	1.25	47.9	32.9	1.46
Leucemia linfóide	50.8	39.5	1.29	29.9	16.2	1.85
Leucemia mieloide aguda	8.2	7.2	1.14	10.2	9.3	1.10
Cerebro y otros cánceres del sistema nervioso central*	41.7	55.6	0.75	54.0	64.1	0.84
Astrocitomas	14.2	22.4	0.63	8.3	16.3	0.51
Linfomas	22.1	23.3	0.95	41.2	59.9	0.69
Linfoma Hodgkin	5.5	5.9	0.93	22.5	37.6	0.60
Linfoma no Hodgkin (con excepción del linfoma de Burkitt)	7.1	7.8	0.91	14.5	16.5	0.88
Linfoma de Burkitt	1.7	3.2	0.53	1.5	2.8	0.55
Sarcomas de tejidos blandos	10.6	11.3	0.94	15.4	15.5	1.00
Neuroblastoma	7.4	14.0	0.53	0.9	1.2	0.78
Tumores óseos	7.6	8.2	0.93	13.3	15.4	0.86
Osteosarcoma	4.6	3.9	1.17	7.7	7.6	1.02
Tumores renales	7.0	9.4	0.75	1.5	2.1	0.74
Tumores de células germinales	6.4	5.3	1.21	39.9	26.4	1.51
Tumores malignos de células germinales gonadales	3.1	2.0	1.58	32.9	20.5	1.61
Retinoblastoma	4.3	4.0	1.07	†	†	–
Tumores hepáticos	3.5	2.9	1.19	1.5	1.3	1.10
<b>Todos los sitios*</b>	<b>185.4</b>	<b>198.6</b>	<b>0.93</b>	<b>272.0</b>	<b>298.4</b>	<b>0.91</b>

Las tasas son por cada 1,000,000 habitantes y están ajustadas por edad a la población estándar de los EE. UU. del año 2000. Los cocientes de tasas son las tasas no redondeadas en hispanos dividido por las tasas no redondeadas en blancos no hispanos. \*Incluye tumores de cerebro benignos y tumores que podrían ser cancerosos. †Data eliminada debido a un número de casos menor a 25. NOTA: Los tipos de cáncer se enumeran en orden descendente por tasa de incidencia (0 a 14 años de edad) del cáncer infantil.

Fuente: Asociación Norteamericana de Registros Centrales del Cáncer, 2021.

©2021, Ciencia de la vigilancia y la equidad en salud de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

tipos de VPH. Fumar aumenta el riesgo de infección persistente con VPH y de cáncer de cuello uterino.<sup>76</sup>

**Prevención y detección temprana:** La prevención primaria está disponible mediante vacunas, que brindan protección contra los tipos más comunes del VPH que causan cáncer. (Para obtener más información sobre la vacuna contra el VPH, vea la página 23). El cáncer de cuello uterino se puede prevenir mediante la extirpación de lesiones precancerosas detectadas por medio de exámenes selectivos de detección. (Para obtener más información sobre exámenes de detección del cáncer de cuello uterino, vea la página 24).

**La distribución de la etapa y la supervivencia:** Las mujeres hispanas tienen la misma probabilidad de ser diagnosticadas con una enfermedad localizada que las mujeres blancas no hispanas (45% en ambos grupos) y la supervivencia general a los 5 años es similar (68% en comparación con 67%, respectivamente; **Figura 6**). La supervivencia a cinco años para la enfermedad localizada en mujeres hispanas es del 92%, pero disminuye al 60% y al 22% para la enfermedad en estadio regional y distante, respectivamente.

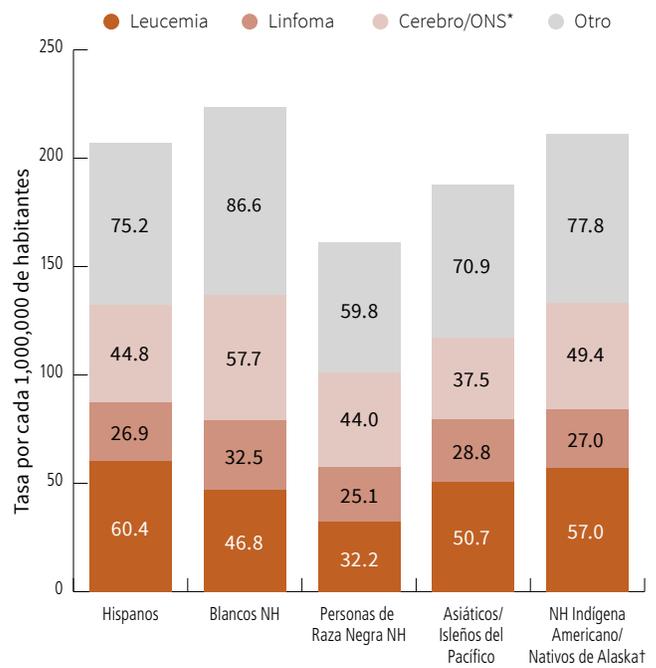
## El Cáncer en Niños y Adolescentes

Los tipos de cáncer que más comúnmente ocurren en los niños (de 0 a 14 años de edad) y en los adolescentes (de 15 a 19 años de edad) son diferentes a los que se presentan en los adultos. Si bien los factores de riesgo no se comprenden bien, algunas causas conocidas incluyen anomalías genéticas que pueden transmitirse de padres a hijos, exposición a la radiación, generalmente debido al tratamiento del cáncer, y ciertas infecciones virales. Por motivos que aún no están claros, el cáncer infantil (en el presente también referido como cáncer pediátrico) por lo general es más común en países económicamente desarrollados que en los países en vías de desarrollo.<sup>77</sup>

**Casos nuevos y muertes:** Aproximadamente 2,900 niños hispanos (de 0 a 14 años de edad) serán diagnosticados con cáncer y de 300 a 400 niños hispanos morirán a causa de la enfermedad en 2021 (las estimaciones no están disponibles para adolescentes debido a la escasez de datos).

Al igual que en los niños blancos no hispanos, la leucemia es el cáncer más común en los niños hispanos, seguido por cánceres de cerebro/sistema nervioso central y linfoma (**Tabla 6**). En los adolescentes hispanos, los cánceres de cerebro/sistema nervioso son los más comunes, seguido por la leucemia, linfoma y tumores de células germinales.

**Figura 7. Comparación de las Tasas de Incidencia de los Cánceres más Frecuentes de la Infancia y la Adolescencia por Raza/Orgen Étnico, 0 a 19 Años de Edad, 2014-2018**



NH: No hispanos. ONS: Cerebro y otros cánceres del sistema nervioso. Las tasas están ajustadas por edad a la población estándar de los EE. UU. del año 2000. \*Incluye tumores de cerebro benignos y tumores que podrían ser cancerosos. †Datos basados en Condados del Área de Prestación de Servicios de Salud del Contrato de Servicio de Salud Indígena (Indian Health Service Contract Health Service Delivery Area counties). Las tasas se deben interpretar con prudencia debido al reducido número de casos.

Fuente: NAACCR, 2021.

©2021, Ciencia de la vigilancia y la equidad en salud de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

A pesar de las tasas de incidencia más bajas para todos los cánceres combinados y la mayoría de los tipos de cáncer, los niños y adolescentes hispanos tienen tasas mucho más altas de leucemia, especialmente leucemia linfocítica durante la adolescencia (**Tabla 6**). Los niños y adolescentes hispanos tienen las tasas más altas de leucemia linfocítica aguda que todos los grupos raciales y étnicos en los EE. UU., casi el doble que los niños de raza negra no hispanos, que tienen las tasas más bajas (**Figura 7**). Si bien al parecer las anomalías genéticas son responsables de una parte de la leucemia infantil en los niños hispanos, hay pocos factores de riesgo bien establecidos que no sean la exposición a la radiación.<sup>77, 78</sup> Las tasas de incidencia en los niños blancos hispanos y no hispanos son similares para el linfoma de Hodgkin y el linfoma no Hodgkin (LNH) y más bajas en los adolescentes hispanos, aunque se han informado variaciones en el riesgo en los grupos hispanos por país de origen y estatus de nacimiento.<sup>79, 80</sup>

**Tendencias de la incidencia:** De 2009 a 2018, las tasas de incidencia aumentaron, en promedio, un 0.7% y un 1.3%

por año en los niños y adolescentes hispanos, respectivamente, de manera similar a las tendencias en los blancos no hispanos.

**Tendencias de la mortalidad:** Las tasas de mortalidad de todos los cánceres combinados disminuyeron de 2010 a 2019 en un 1% por año en los niños hispanos y 2% anual en los adolescentes hispanos, similar a los blancos no hispanos.

**Supervivencia:** En los últimos 30 años, ha habido mejoras considerables en la supervivencia a 5 años para la mayoría de los cánceres infantiles, lo que en gran medida se atribuye a avances en el tratamiento y a la alta proporción de pacientes que participan en estudios

clínicos. Sin embargo, la supervivencia entre los niños hispanos en general sigue siendo menor que en los blancos no hispanos para todos los cánceres combinados y para muchos cánceres. La supervivencia a cinco años para todos los cánceres combinados para los pacientes diagnosticados durante 2011-2017 fue del 84% en los niños y adolescentes hispanos, en comparación con el 87% y el 88% en los blancos no hispanos. Las mayores disparidades en la supervivencia son para los tumores del cerebro/otros cánceres del sistema nervioso en los niños (hispanos: 67%, blancos no hispanos: 78%) y leucemia en los adolescentes (71% en comparación con 82%).

## Factores de riesgo del cáncer

Abstenerse del consumo de tabaco, mantener peso corporal saludable, tener un estilo de vida físicamente activo y consumir una dieta saludable puede reducir considerablemente el riesgo de por vida de una persona de presentar o de morir de cáncer.<sup>4</sup> Además, determinados cánceres causados por agentes infecciosos afectan a los hispanos de manera desproporcionada pero podrían prevenirse mediante cambios conductuales, vacunas o el tratamiento de la infección. Esta sección proporciona información sobre los principales factores de riesgo de cáncer y su prevalencia en la población hispana en base a datos de encuestas nacionales basadas en la población. Es importante señalar que los datos por lugar de nacimiento o país de origen son limitados para algunos factores de riesgo. Para obtener más información sobre los factores de riesgo del cáncer además de los que se incluyen en este capítulo, visite [cancer.org/research/cancer-facts-statistics.html](https://cancer.org/research/cancer-facts-statistics.html) para ver la última edición (en inglés) de *Cancer Prevention & Early Detection Facts & Figures*. (Datos y Estadísticas de la Prevención y Detección Temprana del Cáncer.)

### Tabaco

El consumo de tabaco sigue siendo la causa de muerte más prevenible, el cual representa aproximadamente el 30% de todas las muertes por cáncer en los EE. UU., cuando se combinan todas las razas/orígenes étnicos.<sup>4,81</sup> Fumar cigarrillos aumenta el riesgo de 12 cánceres (cavidad oral y faringe, laringe, pulmón, esófago, páncreas, cuello uterino, riñón, vejiga, estómago, colon y recto, hígado y leucemia mieloide aguda).<sup>76</sup> La evidencia sugiere que fumar también puede aumentar el riesgo de cáncer letal de próstata, así como de un tipo de cáncer ovárico poco común.<sup>76, 82, 83</sup>

- La prevalencia del consumo de cigarrillos es, y ha sido históricamente más baja en los adultos hispanos que en los adultos blancos no hispanos, especialmente en las mujeres.<sup>84</sup> En 2019, la prevalencia actual del consumo de cigarrillos fue más similar en los hombres (hispanos: 12%, blancos no hispanos: 16%) que en las mujeres (hispanas: 6%, blancas no hispanas: 16%) (Tabla 7).
- En 2017-2018, la prevalencia del tabaquismo varió según el grupo hispano, desde 6% en los centroamericanos/sudamericanos a 17% en los puertorriqueños.
- Según el lugar de nacimiento, las mujeres hispanas nacidas en los Estados Unidos tienen más del doble de probabilidades de fumar actualmente en comparación con las mujeres hispanas nacidas en el extranjero (10% en comparación con 3%, respectivamente), mientras que las tasas en los hombres son más similares (13% en comparación con 11%).
- La prevalencia del tabaquismo en estudiantes hispanos de secundaria (high school) alcanzó su máximo a mediados de la década de 1990 y disminuyó rápidamente hasta 2003, pero desde entonces ha disminuido a un paso más lento. En 2020, la prevalencia del consumo de cigarrillos en estudiantes hispanos de secundaria (high school) fue la misma que en estudiantes blancos no hispanos (5%) (Tabla 8).
- Los estudiantes hispanos de la escuela intermedia (middle school) tenían niveles más altos de uso de cualquier producto de tabaco (9%) y de cualquier producto de tabaco

**Tabla 7. Consumo Actual de Cigarrillos, Cigarrillos Electrónicos y Alcohol (%), Adultos de 18 años de Edad en Adelante, EE. UU., 2017-2019**

	Hispanos			Blancos No Hispanos		
	Masculino/ Hombre	Femenino/ Mujer	Total	Masculino/ Hombre	Femenino/ Mujer	Total
<b>Consumo de cigarrillos* (NHIS, 2019)</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>16</b>
<i>Origen† (NHIS 2017-18)</i>						
Puertorriqueños	17	16	17	–	–	–
Mexicanos	14	6	10	–	–	–
Cubanos	7	12	9	–	–	–
Dominicanos	**	**	**	–	–	–
Centroamericanos/Sudamericanos	9	4	6	–	–	–
<i>Educación (25 años de edad en adelante)</i>						
≤12 años de edad, no tienen diploma	**	**	14	36	27	34
Diploma de Equivalencia General (GED)	**	**	22	37	41	38
Título de Escuela Secundaria	15	5	10	26	25	25
Estudió en la universidad pero no se graduó	9	6	7	18	19	19
Título universitario	8	5	7	6	6	6
<i>Nivel de Pobreza‡</i>						
Pobre	15	10	12	33	36	35
Casi pobre	13	5	8	30	29	30
No pobre	10	5	8	13	11	12
<i>Situación del Seguro Médico (18 a 64 años de edad)</i>						
No asegurado	14	6	10	32	35	33
Asegurado	11	7	9	16	16	16
<i>Situación de inmigración§</i>						
Nacidos en los EE. UU.	13	10	11	16	16	16
Nacidos en el extranjero	11	3	7	17	8	13
<b>Consumo de cigarrillos¶ (NHIS, 2019)</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Consumo de alcohol# (NHIS 2018)</b>	<b>66</b>	<b>50</b>	<b>58</b>	<b>75</b>	<b>72</b>	<b>73</b>
Poco	33	29	31	33	37	35
Moderado	18	4	11	26	12	19
Excesivo	31	14	23	36	27	32
<i>Origen† (NHIS 2017-2018)</i>						
Puertorriqueños	23	21	22	–	–	–
Mexicanos	34	14	24	–	–	–
Cubanos	24	**	16	–	–	–
Dominicanos	**	**	17	–	–	–
Centroamericanos/Sudamericanos	26	11	18	–	–	–

GED: Equivalencia de la Escuela Secundaria en Desarrollo de Educación General. \*Fumaron alguna vez 100 cigarrillos durante toda la vida y fumaban todos los días o algunos días al momento de la encuesta. †Los cálculos se basan en los datos combinados de la Encuesta Nacional de Entrevista de Salud de 2017 y 2018. ‡Pobre: <99% del umbral de pobreza. Casi pobre: 100% a ≤199% del umbral de pobreza. No pobre: ≥200% del umbral de pobreza. §Nacido en los EE. UU. incluye a quienes nacieron en un territorio de los EE. UU. ¶Usaban cigarrillos electrónicos todos los días o algunos días al momento de la encuesta. #Consumo actual: 12+ bebidas en toda la vida y ≥1 bebida en el último año. Poco: 12+ bebidas en toda la vida y ≤3 bebidas/semana en el último año. Moderado: 12+bebidas en toda la vida y (hombres) 3-14 bebidas/semana en el último año o (mujeres) 3-7 bebidas/semana en el último año. Mucho (alto): 12+ bebidas en toda la vida y (hombres) ≤14 bebidas/semana en el último año o (mujeres) >7 bebidas por semana en el último año. Excesivo: bebedor actual y (hombres) ≥5 o (mujeres) ≥4 bebidas al menos una vez al día en el último año. \*\*No se proporcionan estimaciones debido a la inestabilidad. NOTA: Las estimaciones están ajustadas por edad a la población estándar de los EE. UU. del año 2000. Las estimaciones en este informe pueden diferir de los informes anteriores debido a porcentajes revisados para la Encuesta Nacional de la Entrevista de Salud.

**Fuente:** Encuestas Nacionales de Entrevistas de Salud (NHIS), 2017, 2018 y 2019.

©2021, Ciencia de la vigilancia y la equidad en salud de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

combustible (5%) que los estudiantes blancos no hispanos (6% y 2%, respectivamente).

- El uso de cigarrillos electrónicos en 2020 en los estudiantes de secundaria fue ligeramente

menor en los hispanos (19%) que en los blancos no hispanos (23%) (Tabla 8), pero en los estudiantes de secundaria fue mayor en los hispanos (8%) que en los blancos no hispanos (4%).<sup>85</sup>

**Tabla 8. Consumo de Tabaco y Alcohol (%), Estudiantes de Escuela Secundaria, EE. UU., 2019-2020**

	Hispanos			Blancos No Hispanos		
	Masculino/ Hombre	Femenino/ Mujer	Total	Masculino/ Hombre	Femenino/ Mujer	Total
<b>Consumo actual de tabaco (2020)*</b>						
Consumo (fumar) de cigarrillos	3	6	5	5	6	5
Cigarrillos electrónicos	16	21	19	24	23	23
<b>Consumo de alcohol (2019)</b>						
Consumo actual de alcohol†	22	33	28	33	36	34
Consumo excesivo de alcohol‡	10	15	12	17	18	17
Iniciaron el consumo de alcohol antes de los 13 años de edad§	20	16	18	15	11	13

\*Fumaron cigarrillos o usaron cigarrillos electrónicos uno o más días de los 30 días previos a la encuesta. †Tomaron una o más bebidas alcohólicas uno o más días de los 30 días previos a la encuesta. ‡Tomaron cinco o más bebidas alcohólicas seguidas en un par de horas uno o más días de los 30 días previos a la encuesta. §Más que unos pocos sorbos.

**Fuentes:** Consumo de Tabaco: Gentzke AS, et al. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020; 69:1881-1888. Consumo de Alcohol: Jones CM, et al. *MMWR Morbid Mortal Wkly Rep*. 2020; 69(1):38-46.

©2021, Ciencia de la vigilancia y la equidad en salud de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

## Dejar de Fumar

Dejar de fumar reduce el riesgo de todos los cánceres causados por fumar.<sup>86</sup> Las personas que dejan de fumar con éxito pueden agregar hasta una década de expectativa de vida y reducir su riesgo de padecer cáncer de pulmón a la mitad después de dejar de fumar durante 10 a 15 años en comparación con las personas que continúan fumando.<sup>86</sup> Dejar de fumar a cualquier edad es beneficioso para la salud, pero el beneficio es mayor cuando se hace a una edad más temprana.

Los programas de cesación para los hispanos son más efectivos si se adaptan culturalmente (incorporando creencias y valores culturales, mejorando los servicios lingüísticos) tanto para el paciente como para el proveedor.<sup>87</sup> Para obtener información sobre iniciativas y recursos para dejar de fumar de la Sociedad Americana Contra El Cáncer, visite [cancer.org/es/saludable/mantengase-alejado-del-tabaco/guia-para-dejar-de-fumar.html](https://cancer.org/es/saludable/mantengase-alejado-del-tabaco/guia-para-dejar-de-fumar.html) o comuníquese con la Sociedad Americana Contra El Cáncer al 1-800-227-2345.

- Entre quienes informaron haber fumado alguna vez, aproximadamente la misma proporción de hispanos (62%) y blancos no hispanos (64%) habían dejado de fumar en 2019.
- Entre quienes actualmente fuman, los hispanos tenían la misma probabilidad de informar un intento de dejar de fumar el año anterior y el éxito en un intento de dejar de fumar reciente (59% y 7%, respectivamente) en comparación con los blancos no hispanos (53% y 8%, respectivamente).<sup>88</sup>
- En 2018-2019, la recepción del consejo de un médico para dejar de fumar y el uso de ayudas para dejar

de fumar basadas en la evidencia en quienes actualmente fuman fue menor en los hispanos (62% y 25%, respectivamente) que en los blancos no hispanos (73% y 36%) y personas de raza negra (72% y 30%), lo que puede estar relacionado en parte con un menor acceso a la atención.<sup>88,87</sup>

## Exceso de peso corporal, consumo de alcohol, dieta y actividad física

Aparte de evitar el consumo de tabaco, mantener un peso saludable, mantenerse activo durante toda la vida, siguiendo un patrón de alimentación saludable y evitar o limitar el consumo de alcohol se encuentran entre las estrategias más efectivas para reducir el riesgo de cáncer.<sup>89</sup> Se estima que el 18% de los casos de cáncer y el 16% de las muertes por cáncer son atribuibles a los efectos combinados del exceso de peso corporal, el consumo de alcohol, inactividad y consumir una dieta poco saludable.<sup>4</sup>

### Exceso de peso corporal

Existen evidencias convincentes que indican que el exceso de peso corporal está asociado con aumento en el riesgo de presentar 13 cánceres: cuerpo uterino, esófago (adenocarcinoma), hígado, estómago (cardias gástrico), riñón (células renales), cerebro (meningioma), mieloma múltiple, páncreas, colon y recto, vesícula biliar, ovario, seno femenino (postmenopáusico), y tiroides.<sup>90</sup> El exceso de peso también puede aumentar el riesgo de linfoma no Hodgkin (linfoma difuso de células B grandes), cáncer de seno masculino y cáncer letal de próstata. Cada vez más evidencias sugieren que el

# Las Guías de Nutrición y Actividad Física de la Sociedad Americana Contra El Cáncer<sup>89</sup>

## Recomendaciones para individuos

1. Lograr y mantener un peso saludable durante toda la vida.
  - Mantener el peso corporal dentro del rango saludable y evitar el aumento de peso en la vida adulta.
2. Estar físicamente activo.
  - Los adultos deben realizar de 150 a 300 minutos de actividad física de intensidad moderada por semana, o de 75 a 150 minutos de actividad física de intensidad vigorosa, o una combinación equivalente; lo óptimo es alcanzar o superar el límite superior de 300 minutos.
  - Los niños y adolescentes deben realizar al menos 1 hora de actividad de intensidad moderada o vigorosa todos los días.
  - Limitar el comportamiento sedentario como estar sentado, acostado, y otras formas de entretenimiento basado en la pantalla.
3. Seguir un patrón alimentario saludable en todas las edades.

### Un patrón alimentario saludable incluye:

- Alimentos ricos en nutrientes en cantidades que ayudan a lograr y mantener un peso corporal saludable;
- Una variedad de verduras: verde oscuro, rojo y naranja, legumbres ricas en fibra (frijoles y guisantes); y otros;
- Granos enteros.

### Un patrón alimentario saludable limita o no incluye:

- Carnes rojas y procesadas;
  - Bebidas endulzadas con azúcar; o
  - Alimentos altamente procesados y productos de granos refinados.
4. Es mejor no tomar alcohol.
    - Las personas que eligen beber alcohol deben limitar su consumo a no más de 1 bebida por día para las mujeres y 2 bebidas por día para los hombres.

## Recomendaciones para la Acción Comunitaria

Las organizaciones públicas, privadas y comunitarias deben trabajar en colaboración a nivel nacional, estatal y local para desarrollar, promover e implementar políticas y cambios ambientales que aumenten el acceso a alimentos nutritivos y asequibles; proporcionar oportunidades seguras, agradables y accesibles para la actividad física; y limitar el consumo de alcohol para las personas.

\* Las recomendaciones de peso a menudo están determinadas por el índice de masa corporal (IMC), que es una función del peso por la altura al cuadrado. Categorías de IMC para adultos: peso saludable = 18.5 a 24.9 kg/m<sup>2</sup>, sobrepeso = 25.0 a 29.9 kg/m<sup>2</sup>, obesidad=30.0 kg/m<sup>2</sup> o más. Las categorías de IMC para niños se basan en clasificaciones de percentiles y tablas de crecimiento.

exceso de peso corporal también está asociado con una disminución en la supervivencia para varios cánceres.<sup>91</sup>

Las tendencias históricas en la prevalencia medida del sobrepeso (en comparación con autoinformes) (definido como índice de masa corporal [IMC] 25.0-29.9 kg/m<sup>2</sup>) y la obesidad (IMC  $\geq$ 30.0 kg/m<sup>2</sup>) están solo disponibles para personas hispanas de ascendencia mexicana (Figura 8), aunque los datos actuales están disponibles para todos los hispanos (Figura 9).

- En los adultos, la prevalencia de la obesidad ha sido históricamente más alta en las mujeres mexicanas en comparación con las blancas no hispanas y los hombres mexicanos, aunque los elevados aumentos en estos últimos desde principios de la década de 2000 han dado como resultado tasas actuales similares en hombres y mujeres mexicanos (Figura 8).<sup>92</sup>

- En 2017-2018, la prevalencia de exceso de peso corporal (sobrepeso u obesidad) fue más alta en los hispanos (hombres: 88%; mujeres: 79%) que en los adultos blancos no hispanos (hombres: 75%; mujeres: 66%), en gran medida, esto se debe a que los hispanos fueron 9%-11% más propensos (en términos absolutos) a tener sobrepeso (Figura 9).
- La prevalencia de obesidad se ha triplicado en los adolescentes mexicanos y blancos no hispanos desde finales de la década de 1970, aunque desde 1999 a 2002 los aumentos se han restringido a los mexicano-americanos (Figura 8).<sup>92</sup>
- En 2017-2018, la prevalencia de obesidad en adolescentes hispanos de 12 a 19 años fue un 11% más alta que la de los blancos no hispanos en los niños

(30% en comparación con 19%) y un 9% más alta en las niñas (25% en comparación con 16%) (Figura 9).

## Alcohol

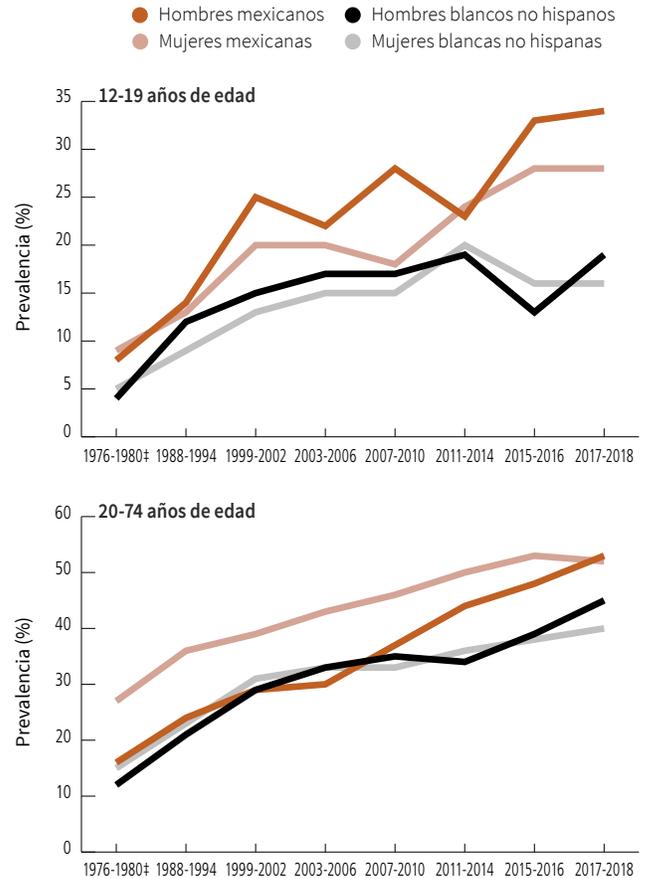
La Sociedad Americana Contra El Cáncer recomienda que es mejor evitar el alcohol. Las personas que beben alcohol deben limitar su consumo a no más de dos bebidas por día para los hombres y una bebida por día para las mujeres.<sup>89</sup> El consumo de alcohol es un factor de riesgo establecido para los cánceres de boca, faringe, laringe, esófago, hígado, colon y recto y seno femenino.<sup>75</sup> El consumo excesivo de alcohol (3 a 4 bebidas por día) también puede aumentar el riesgo de cáncer de estómago y páncreas.<sup>93</sup> El riesgo de cáncer aumenta con el volumen de alcohol, e incluso unas pocas bebidas (copas) por semana pueden asociarse con un leve aumento del riesgo del cáncer de seno femenino.<sup>94</sup> Combinado con el consumo de tabaco, el consumo de alcohol aumenta el riesgo de cánceres de boca, laringe y esófago mucho más allá del efecto independiente de solo beber o fumar.<sup>95, 96</sup> El consumo de alcohol es motivo de especial preocupación en los hispanos debido a su altas tasas de cáncer de hígado.<sup>6</sup>

- En 2018, los adultos hispanos tenían menos probabilidades de beber alcohol que los blancos no hispanos (59% en comparación con 73%) y de beber en exceso (23% en comparación con 32%), aunque las diferencias para los hombres eran menores (Tabla 7).
- En 2019, la prevalencia del consumo actual de alcohol en los estudiantes de secundaria también fue más baja en los estudiantes hispanos que en los blancos no hispanos (28% en comparación con 34%), aunque, a diferencia de los adultos, la diferencia fue mayor y la prevalencia más baja para los hombres (hispanos: 22%, blancos no hispanos: 33%) que para las mujeres (hispanas: 33%, blancas no hispanas: 36%) (Tabla 8).
- La prevalencia del consumo de alcohol antes de los 13 años de edad fue más alta en los jóvenes hispanos (hispanos: 18%, blancos no hispanos: 13%) (Tabla 8).

## Dieta

Los patrones alimentarios ricos en carnes procesadas y rojas, alimentos con almidón, carbohidratos refinados y bebidas azucaradas se asocian con un mayor riesgo de desarrollar cáncer (principalmente colorrectal).<sup>95, 97</sup> Por el contrario, los patrones dietéticos que enfatizan una variedad de frutas y verduras, granos enteros, legumbres y pescado o aves de corral y menos carnes rojas y procesadas se asocian con un riesgo reducido. En general, en comparación con los adultos blancos, los

**Figura 8. Tendencias de Obesidad\*(%) en Mexicanos Estadounidenses y Blancos No Hispanos por Edad, EE. UU., 1976-2018**



\*En el rango de 20 a 74 años de edad, el índice de masa corporal (IMC) de 30.0 kg / m<sup>2</sup> o más. En el rango de 12 a 19 años de edad, el IMC en o por encima del percentil 95 según las tablas de crecimiento de los CDC de 2000. †Datos para mexicanos de los años 1982-84. NOTA: Los estimados de los adultos están ajustados por edad a la población estándar de los EE. UU. del año 2000; los datos para las edades de 12 a 19 años no han sido ajustados. El estimado de los años 1988-1994 para mujeres mexicanas de 12 a 19 años de edad tiene un error relativo estándar entre el 20% y 30%.

Fuentes: Salud, Estados Unidos, 2013; Salud, Estados Unidos, 2016; Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2017-2018.

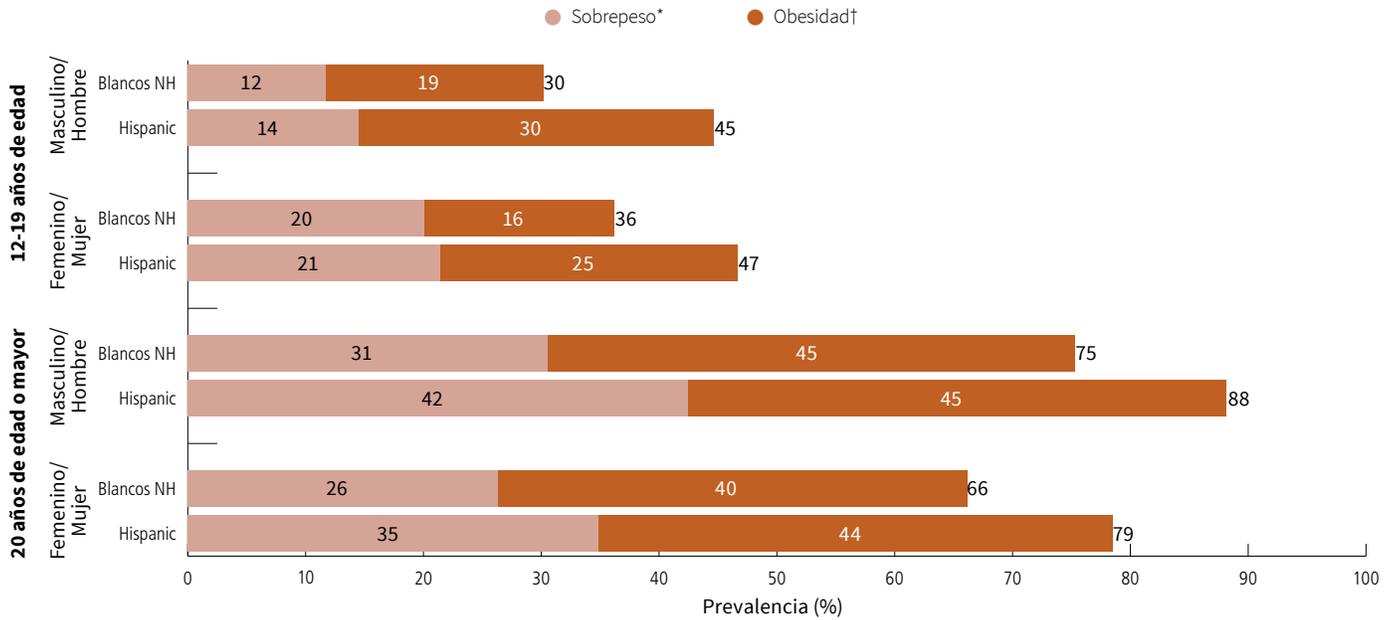
©2021, Ciencia de la vigilancia y la equidad en salud de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

adultos hispanos consumen una mayor proporción de bebidas endulzadas con azúcar (14% del total de bebidas consumidas en comparación con el 9%, respectivamente, durante 2015-2018)<sup>98</sup> y una menor cantidad de granos integrales (11% del total de granos consumidos en comparación con el 17% durante 2013-2016).<sup>99</sup>

## Actividad física

La actividad física puede disminuir el riesgo de cáncer de seno, colon (pero no rectal), vejiga, esófago (adenocarcinoma), endometrio, riñón, estómago (cardias) y posiblemente cáncer de pulmón.<sup>95, 100-102</sup> Además, existe una creciente evidencia de que cuanto mayor tiempo se pasa en una conducta sedentaria mayor es el riesgo de

**Figura 9. Exceso de Peso Corporal (%) en Hispanos y Blancos no hispanos (NH) por edad, EE. UU., 2017-2018**



\*En 20 años de edad, IMC mayor o igual a 25.0 kg/m<sup>2</sup> pero menor a 30.0 kg/m<sup>2</sup>. En el rango de 12 a 19 años de edad, el IMC en o por encima del percentil 85 pero por debajo del percentil 95 según las tablas de crecimiento de los CDC. †En 20 años de edad o más el IMC mayor o igual a 30.0 kg/m<sup>2</sup>. En el rango de 12 a 19 años de edad, el IMC en o por encima del percentil 95 según las tablas de crecimiento de los CDC. NOTA: La sumatoria de los estimados de sobrepeso y obesidad puede no ser igual al valor total de exceso de peso corporal presentado debido al redondeo. Los estimados para las edades de 20 años o más están ajustadas por edad a la población estándar de los EE. UU. del año 2000.

**Fuentes:** Datos de la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición, 2017-2018. Obesidad en 20 años de edad o más. Hales CM, et al. Centro Nacional para Estadísticas de Salud. 2017.

©2021, Ciencia de la vigilancia y la equidad en salud de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

cáncer de colon y endometrio.<sup>103</sup> Los niveles más bajos de actividad física en el tiempo libre pueden contribuir a una mayor prevalencia de la obesidad en adultos hispanos;<sup>104</sup> en 2018, el 34% de los adultos hispanos no reportaron actividad física en el tiempo libre, en comparación con el 22% de los blancos no hispanos.<sup>88</sup>

## Diabetes tipo 2

La diabetes tipo 2, una condición crónica en la cual el cuerpo pierde su capacidad para responder a la insulina, comparte varios factores de riesgo modificables con el cáncer, incluyendo el exceso de peso corporal, mala alimentación y falta de actividad física. Sin embargo, un cuerpo creciente de publicaciones sugiere que la diabetes tipo 2 aumenta el riesgo de varios tipos de cáncer independientemente de estos factores, incluidos los de hígado, endometrio, páncreas, colon y recto, riñón, vejiga, seno y posiblemente ovario.<sup>105-107</sup>

Los hispanos tienen más del 50% de riesgo de por vida de desarrollar diabetes tipo 2, en comparación con el 40% de la población general. A pesar de este impacto desproporcionado, pocos estudios grandes han evaluado la asociación que existe entre la diabetes tipo 2 y el riesgo de cáncer en las poblaciones hispanas,<sup>108,109</sup> y

es necesario llevar a cabo más investigaciones sobre este tema. Aproximadamente el 15% de los adultos hispanos informan haber sido diagnosticados con diabetes tipo 2, con una mayor prevalencia en algunos grupos, en comparación con el 12% de los adultos blancos no hispanos.<sup>110</sup> Los hispanos tienen 50% más probabilidades de morir de la enfermedad.<sup>111</sup>

## Agentes infecciosos

### *Helicobacter pylori* (*H. pylori*)

*H. pylori* es una bacteria que crece en el estómago. Aunque rara vez causa síntomas, la infección crónica puede causar inflamación y daño al revestimiento del estómago que eventualmente puede conducir al cáncer de estómago (vea la página 14 para obtener más información sobre el cáncer de estómago).<sup>112,113</sup>

La infección por *H. pylori* en los EE. UU. fue aproximadamente tres veces más alta en los mexicano-americanos que en los blancos no hispanos en un estudio demográfico (64% en comparación con 21%, respectivamente).<sup>114</sup> La mayor prevalencia en los hispanoamericanos en gran parte refleja las tasas basales en los países de origen en las personas nacidas en el extranjero.<sup>115,116</sup>

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

La infección con VHB o VHC se vuelve crónica cuando el sistema inmunitario no puede eliminarla. La infección crónica con estos virus puede causar cirrosis y cáncer de hígado<sup>117, 118</sup> y se identifica cada vez más como un factor de riesgo para el linfoma no Hodgkin.<sup>119</sup>

**VHB:** La mayoría (95%) de los adultos recientemente infectados eliminará el virus a seis meses de la infección, mientras que la mayoría de los niños pequeños infectados desarrollarán una infección crónica.<sup>118</sup> La vacuna contra VHB ha estado disponible desde 1982 y es la principal estrategia de prevención. Quienes deben vacunarse incluyen a niños recién nacidos, todos los jóvenes menores de 19 años de edad que no han sido vacunados, y los adultos no vacunados que tienen un alto riesgo de infección (p.ej., trabajadores de la salud, quienes viajan a regiones con el VHB).<sup>120</sup>

- En 2019, el 87% de los adolescentes hispanos habían recibido al menos tres dosis de la vacuna contra el VHB, similar a la de los blancos no hispanos (94%).<sup>121</sup> Sin embargo, la cobertura de vacuna específicamente en los adolescentes nacidos en el extranjero es sustancialmente menor.<sup>122</sup>
- Durante 2015-2018, la prevalencia de infección por VHB pasada o actual fue más alta entre los adultos hispanos (3.8%) en comparación con los adultos blancos no hispanos (2.1%), y más alta en los nacidos fuera de los EE. UU.<sup>123</sup>

**VHC:** La mayoría de las personas con el VHC desarrollarán una infección crónica y no serán conscientes de su infección sino hasta que presente síntomas de enfermedad hepática. A diferencia de la infección con el VHB, no existe ninguna vacuna que brinde protección contra el VHC. Las principales estrategias de prevención incluyen educar a las personas no infectadas que tienen alto riesgo de presentar infección acerca de la prevención a la exposición y asesorar a las personas infectadas sobre cómo evitar la transmisión a otras personas. En 2020, el Grupo de Trabajo de Servicios de Prevención de los EE. UU. (US Preventive Services Task Force) actualizó sus guías recomendando hacerse exámenes de detección por única vez a los hombres y las mujeres de 18 a 79 años de edad.<sup>124</sup> Se aconseja que quienes tienen un resultado positivo para el VHC empiecen un tratamiento antiviral a fin de reducir los efectos sobre la salud relacionados con la infección con el VHC, incluyendo el cáncer de hígado.

En 2019, la tasa de nuevas infecciones crónicas con VHC reportadas fue de 14.1 casos por cada

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

- La vacunación contra el HPV funciona mejor cuando se administra a niñas y niños entre los 9 y los 12 años de edad.
- Los adolescentes y adultos jóvenes de 13 a 26 años que no han sido vacunados o que no han recibido todas las dosis, deben vacunarse lo antes posible. La vacunación de adultos jóvenes no evitará tantos cánceres como la vacunación de niños y adolescentes.
- La Sociedad Americana Contra El Cáncer no recomienda la vacuna contra el VPH para personas mayores de 26 años.

100,000 hispanos en comparación con 34.0 casos por cada 100,000 blancos no hispanos.<sup>125</sup>

## Virus del Papiloma Humano (VPH)

El VPH es la infección de transmisión sexual más común en los EE. UU., con aproximadamente 43 millones de infecciones en 2018.<sup>126</sup> Aunque la mayoría de las infecciones con VPH son eliminadas por el cuerpo y no causan cáncer, prácticamente todos los cánceres de cuello uterino son causados por la infección persistente con el VPH. La infección por VPH también causa el 90% de los cánceres anales, alrededor del 70% de ciertos tipos de cánceres orofaríngeos y entre el 60% y el 70% de los cánceres de vagina, vulva y pene.<sup>127</sup> El cáncer de cuello uterino es el cáncer más común relacionado con el VPH en las mujeres y el cáncer de orofaringe es el más común en los hombres.<sup>128</sup> Existen más de 100 tipos de VPH, de los cuales solo aproximadamente 14 causan cáncer.<sup>129</sup> Los tipos 16 y 18 representan alrededor del 70% de todos los casos de cáncer de cuello uterino a nivel mundial y prácticamente de todos los demás cánceres relacionados con el VPH.

La vacunación brinda protección contra nueve tipos de VPH y tiene el potencial de evitar aproximadamente el 90% de los cánceres causados por el VPH.<sup>130</sup> Las Guías de vacunación contra el VPH de 2020 de la Sociedad Americana Contra El Cáncer recomiendan la vacunación de rutina para niñas y niños de entre 9 y 12 años de edad (vea la barra lateral).<sup>131</sup> Sin embargo, todas las mujeres, incluyendo quienes se han vacunado, deben hacerse exámenes regulares de detección de cáncer de cuello uterino porque las vacunas no brindan protección contra todos los tipos de VPH que pueden causar este tipo de cáncer (consulte la página 24).

- De 2013 a 2016, la prevalencia de la infección oral con el VPH de alto riesgo fue similar en los hispanos (3%) y blancos no hispanos (4%) de entre 18 y 69 años de edad. En las edades de 18 a 59 años, la prevalencia del VPH genital de alto riesgo también fue similar en los hispanos (26%) y blancos no hispanos (27%).
- En 2019, una mayor proporción de adolescentes hispanos de 13 a 17 años que de los blancos no hispanos habían iniciado la vacunación contra el VPH, tanto para las niñas (79% en comparación con 71%, respectivamente) como para los niños (75% en comparación con 66%, respectivamente);<sup>121</sup> los jóvenes hispanos también tenían más probabilidades de haber completado la serie de dosis de la vacuna, 63% en comparación con 54% en niñas y 53% en comparación con 49% en niños.

## Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

El sistema inmunitario debilitado de las personas con VIH/SIDA aumenta indirectamente el riesgo de varios cánceres, incluido el sarcoma de Kaposi, el linfoma no Hodgkin y el cáncer de cuello uterino.<sup>132</sup> Las personas infectadas con el VIH tienen un mayor riesgo para otros agentes infecciosos que causan cáncer (p.ej., el virus del herpes del sarcoma de Kaposi, VHC, VHB y VPH), en parte esto se debe a rutas de transmisión compartidas.<sup>133</sup> Las personas infectadas con VIH también tienen tasas más altas de cáncer de pulmón, lo cual se cree que está relacionado con tasas de tabaquismo más altas en esta población, así también como con inmunosupresión.<sup>132, 134</sup> En 2018, la tasa de nuevos diagnósticos de VIH fue más de 3 veces más alta en los hispanos que en los blancos, y la mayoría de los casos ocurrieron en los hombres.<sup>135</sup>

## Detección del cáncer

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

### Detección del cáncer de seno

La mamografía es un procedimiento de rayos X de dosis baja que puede detectar temprano el cáncer de seno cuando el tratamiento puede ser más eficaz. Las guías de 2015 de la Sociedad Americana Contra El Cáncer recomienda que las mujeres con riesgo promedio comiencen a hacerse exámenes de detección a partir de los 45 años de edad, con la opción de comenzar a hacerlo a los 40 años; vea la página 37 para obtener las recomendaciones de detección detalladas.

- En 2018, la prevalencia actual de la detección con mamografía en mujeres de 45 y más años de edad fue de 60% en las mujeres hispanas en comparación con 64% en las mujeres blancas no hispanas (Tabla 9).

- El uso de la mamografía varía considerablemente en los grupos por país de origen, desde 59% en las mujeres mexicanas hasta 68% en las mujeres blancas centroamericanas/sudamericanas. Las diferencias en la duración de tiempo en los EE. UU y el acceso a seguro médico en los diferentes grupos por país de origen pueden en parte explicar estas diferencias.<sup>136</sup>

### Detección del cáncer de cuello uterino

El uso regular de las pruebas de Papanicolaou (Pap) y los análisis de VPH seguidas de un tratamiento apropiado y oportuno puede ayudar a prevenir tanto la ocurrencia de cáncer de cuello uterino como la muerte.<sup>137</sup> En 2020, la Sociedad Americana Contra El Cáncer recomendó a las mujeres de 25 a 65 años de edad hacerse un análisis primario de VPH cada 5 años; si el análisis primario de VPH no está disponible, las alternativas aceptables son un análisis de VPH con una prueba de Papanicolaou cada 5 años o solo una prueba de Papanicolaou cada 3 años (vea la página 37).

- En 2018, el 83% de las mujeres hispanas de 25 a 65 años estaban al día con las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino en comparación con el 86% de las blancas no hispanas (Tabla 9).
- En los grupos hispanos, la prevalencia de la detección varía de 80% en las mujeres puertorriqueñas a 91% en las mujeres dominicanas.
- Las mujeres hispanas nacidas en los Estados Unidos tienen más probabilidades que las inmigrantes

**Tabla 9. Uso de Exámenes de Detección del Cáncer (%), Adultos, EE. UU., 2018**

	Hispanos		Origen Hispano					Blancos NH	
	Todos	No asegurado (≤64 años de edad)	Mexicanos	Puertorriqueños	Cubanos	Centroamericanos/Sudamericanos	Dominicanos	Todos	No asegurado (≤64 años de edad)
<b>Exámenes selectivos de detección del cáncer de cuello uterino (mujeres de 25 a 65 años de edad)*</b>									
Prueba de Papanicolaou en los últimos tres años	81	66	79	76	81	88	88	83	58
Al día†	83	69	81	80	89	88	91	86	64
<b>Exámenes selectivos de detección del cáncer de seno (mujeres de 45 años de edad en adelante)</b>									
Al día	60	35	59	60	60	68	§	64	28
<b>Exámenes selectivos de detección de cáncer colorrectal‡</b>									
General									
45+ años de edad	49	19	45	62	50	54	48	58	25
50+ años de edad	59	27	55	76	58	61	§	68	30
Masculino/Hombre									
45+ años de edad	50	17	46	61	53	49	§	59	23
50+ años de edad	60	24	55	76	§	59	§	69	30
Femenino/Mujer									
45+ años de edad	49	22	45	64	47	58	§	57	27
50+ años de edad	58	31	54	74	§	63	§	66	30

NH: No hispanos. \*En mujeres con útero intacto. †Prueba de Pap en los últimos 3 años en mujeres de 25 a 65 años de edad O Prueba de Pap y análisis de VPH en los últimos 5 años en mujeres de 30 a 64 años de edad. ‡Prueba de sangre oculta en heces (FOBT) en el último año, sigmoidoscopia en los últimos cinco años, o colonoscopia en los últimos 10 años. La utilización de colonografía por tomografía computarizada (CTC) en los últimos 5 años fue <2% e incorporar la CTC en las estimaciones de los exámenes de detección en general no alteró los resultados y no se incluye en las estimaciones que se brindan arriba. §No se proporcionan estimaciones debido a la inestabilidad. NOTA: Las estimaciones están ajustadas a la población estándar de los EE. UU. del año 2000 y no hacen distinción entre los exámenes de detección y de diagnóstico.

Fuente: Encuesta Nacional de Entrevista de Salud, 2018.

©2021, Ciencia de la vigilancia y la equidad en salud de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

hispanas (en particular las que emigraron recientemente) de haber informado sobre la detección del cáncer de cuello uterino.<sup>138, 139</sup>

- El uso de exámenes de detección también varía ampliamente por origen hispano, desde el 55% en los adultos de ascendencia mexicana hasta el 76% en los adultos puertorriqueños (datos limitados a las edades de 50 años o más).

## Detección de cáncer colorrectal

Los exámenes de detección del cáncer colorrectal (CCR) pueden prevenir el cáncer a través de la detección y extirpación de crecimientos precancerosos y pueden detectar el cáncer en una etapa más temprana, cuando el tratamiento por lo general es menos intensivo y más exitoso. La Sociedad Americana Contra El Cáncer recomienda que las personas de 45 años de edad con riesgo promedio empiecen a hacer exámenes de detección del cáncer colorrectal (consulte las recomendaciones de detección en la página 37).

- En 2018, la prevalencia de detección del CCR en adultos de 45 o más años de edad fue menor en los adultos hispanos (49%) que en los blancos no hispanos (58%) (Tabla 9). Estas diferencias se deben en gran medida al menor uso de la colonoscopia en los adultos hispanos, ya que el uso de análisis de materia fecal es mayor en los adultos hispanos que en los blancos no hispanos.

## Detección del cáncer de próstata

La Sociedad Americana Contra El Cáncer recomienda que los hombres asintomáticos de 50 años o más, con una expectativa de vida de al menos 10 años, tengan la oportunidad de tomar una decisión informada con su proveedor de atención médica sobre si hacerse exámenes de detección del cáncer de próstata mediante el uso del análisis de APE. Los estudios han demostrado que las tomas de decisiones informadas y compartidas se utilizan de manera inconsistente en la práctica clínica.<sup>140</sup> En 2018, el 30% de los hombres hispanos se hicieron un análisis de APE en el último año en comparación con el 37% de los hombres blancos no hispanos.

## Detección del cáncer de pulmón

Un estudio clínico aleatorizado de muestra grande en fumadores que dejaron el hábito y fumadores actuales empedernidos ha mostrado un 20% de reducción en la mortalidad por cáncer de pulmón en quienes se

## Mesa Redonda Nacional sobre el Cáncer Colorrectal

La Mesa Redonda Nacional sobre el Cáncer Colorrectal (NCCRT), establecida en 1997 por la Sociedad Americana Contra El Cáncer y los CDC, es una coalición de más de 150 organizaciones miembro y expertos particulares dedicados a reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer colorrectal (CCR) en los EE. UU. a través de un liderazgo coordinado, planificación estratégica y promoción.

La iniciativa de la NCCRT del 80% en cada comunidad tiene como objetivo reducir sustancialmente el CCR como un problema importante de salud pública mediante el aumento de las tasas de detección colorrectal a 80% o más en las comunidades de todo el país. Más de 1,800 organizaciones, incluidos planes de salud, sociedades de profesionales médicos, hospitales, sistemas de salud, grupos de sobrevivientes, agencias gubernamentales y coaliciones contra el cáncer, se comprometieron a hacer de este objetivo una prioridad. La iniciativa se centra en abordar las disparidades persistentes en las tasas de detección para que cada comunidad pueda beneficiarse de los exámenes de detección del CCR que salvan vidas. La NCCRT ha creado la *Guía Complementaria sobre Cáncer Colorrectal para Hispanos/Latinos* (Hispanics/Latinos and Colorectal Cancer Companion Guide), la cual incluye recomendaciones para alcanzar a los hispanos/latinos que no se han sometido a exámenes de detección y mensajes probados en español. La guía está disponible en <http://nccrt.org/resource/hispanicslatinos-colorectal-cancer-companion-guide/>

## Mesa Redonda Nacional sobre el Cáncer de Pulmón

En 2017, la Sociedad Americana Contra El Cáncer lanzó la Mesa Redonda Nacional sobre el Cáncer de Pulmón (NLCRT), una coalición nacional de 143 organizaciones públicas, privadas y voluntarias, y personas invitadas dedicadas a reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad por cáncer de pulmón en los Estados Unidos. A través del liderazgo coordinado, la planificación estratégica, la promoción y la acción, la Mesa Redonda sirve como catalizador para estimular mayores niveles de participación colaborativa entre sus 143 organizaciones miembro para trabajar en temas clave del cáncer de pulmón.

sometieron a exámenes de detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada helicoidal de baja dosis (LDCT) en comparación con radiografías de tórax.<sup>52</sup> En 2013, la Sociedad Americana Contra El Cáncer comenzó a recomendar la detección anual del cáncer de pulmón con LDCT, con la toma de decisiones compartidas para adultos saludables de 55 a 74 años de edad quienes tienen al menos un historial de tabaquismo equivalente a un paquete diario por 30 años y quienes actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años (vea las recomendaciones de detección en la página 37).<sup>141</sup> En 2021, el Grupo de Trabajo de Servicios de Prevención de los EE. UU. (USPSTF, siglas en inglés) amplió sus criterios de elegibilidad para la detección del cáncer de pulmón bajando la edad recomendada para empezar a hacerse exámenes de detección a los 50 años de edad y el umbral de paquete-año a 20.<sup>142</sup> Estos cambios aumentaron la proporción de adultos hispanos elegibles para los exámenes de detección de cáncer de pulmón, pero no al mismo nivel que de los adultos blancos no hispanos.<sup>143</sup> La Sociedad Americana Contra El Cáncer comenzará a actualizar sus guías en 2021.

La implementación de la detección del cáncer de pulmón sigue siendo un desafío. Aunque no se han publicado datos demográficos para la comunidad hispana, la prevalencia de las pruebas de detección del cáncer de pulmón en 2018 fue solo del 5% al 6% en todos los adultos elegibles en los EE. UU. y fue más baja en los estados con una mayor población hispana.<sup>144</sup>

## Estrategias para mejorar la detección del cáncer

Las barreras para la detección del cáncer no son mutuamente excluyentes y ocurren e interactúan en múltiples niveles, incluidos los niveles de políticas, sistemas de salud, proveedores, comunidades e individuos. Los hispanos enfrentan barreras sistemáticas y estructurales para la atención médica y los exámenes de detección del cáncer. Por ejemplo, es menos probable que los adultos hispanos tengan seguro y es menos probable que reciban una recomendación médica para hacerse exámenes de detección, que es un paso necesario y un indicador clave de la utilización de los exámenes de detección del cáncer.<sup>145</sup> Otras barreras incluyen la falta de licencia remunerada por enfermedad y otras limitaciones relacionadas con el empleo, que pueden ser más notorias en la comunidad hispana.<sup>146</sup> Las intervenciones culturalmente apropiadas, incluidas las navegadoras de pacientes, el compromiso con los trabajadores de salud comunitaria y los medios de comunicación pequeños y adaptados, son estrategias efectivas para mejorar las tasas de detección en los adultos hispanos.<sup>147,148</sup>

Los CDC han establecido dos programas nacionales para mejorar el acceso y la adopción de los exámenes de detección de cáncer que se enfocan en las comunidades con ingresos bajos y servicios médicos insuficientes:

- El Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer de Seno y de Cuello Uterino (National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program - NBCCEDP) brinda acceso a servicios de diagnóstico y detección de cáncer de seno y de cuello uterino a las mujeres sin seguro médico y con seguro médico deficiente. Solo en 2019, más de 140,000 y 280,000 mujeres recibieron servicios de detección de cáncer de cuello uterino y de seno, respectivamente, casi la mitad de las cuales se identificaron como hispanas (<https://www.cdc.gov/cancer/nbccedp/about.htm>).

- El objetivo del Programa de Control del Cáncer Colorrectal (CRCCP) de los CDC es implementar estrategias basadas en las evidencias para mejorar la detección y el seguimiento del CCR. Hasta la fecha, el CRCCP tiene 35 beneficiarios estatales, universitarios (que administran programas estatales) y tribales que colaboran con los sistemas de salud para aumentar la detección del CCR.

En Puerto Rico, el Plan Integral de Control: 2014-2020 es un plan estratégico para reducir la carga del cáncer en el territorio utilizando estrategias basadas en las evidencias para el control del cáncer, incluido el aumento de la prevalencia de la detección actualizada del cáncer de cuello uterino en las mujeres de 21 a 65 años al 80%, con un énfasis específico en aumentar la detección en las mujeres sin seguro médico.<sup>149</sup>

## La Sociedad Americana Contra El Cáncer

La Sociedad Americana Contra El Cáncer tiene la misión de liberar al mundo del cáncer. Durante más de 100 años, hemos ayudado a liderar una evolución en la forma en que el mundo previene, detecta, trata y piensa sobre el cáncer. Como la principal organización de lucha contra el cáncer del país, financiamos y llevamos a cabo investigaciones, compartimos información de expertos y apoyamos a las personas con cáncer, hacemos correr la voz sobre la prevención y abogamos por el cambio de políticas públicas a través de nuestra afiliada de defensa, la Red de Acción Contra el Cáncer<sup>SM</sup> de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (ACS CAN). Estamos comprometidos en garantizar que TODOS tengan una oportunidad justa y equitativa de prevenir, encontrar, tratar y sobrevivir al cáncer; independientemente de sus ingresos, raza y origen étnico, orientación sexual, identidad de género, estatus de discapacidad o dónde viven.

### Servicios para pacientes y cuidadores

La Sociedad Americana Contra El Cáncer proporciona a las personas con cáncer y a sus cuidadores los datos que necesitan para impulsar su lucha contra el cáncer. Somos una fuente altamente confiable de información precisa sobre el cáncer basada en las evidencias y brindamos información, herramientas y recursos para quienes están en riesgo de presentar cáncer, enfrentan un diagnóstico de cáncer, tienen antecedentes de cáncer, están cuidando a alguien con cáncer, o simplemente desean aprender sobre el cáncer. Nuestros recursos en línea también ayudan a las personas a encontrar formas de vivir vidas más largas y

saludables, reducir su riesgo de cáncer y comprender la importancia de los exámenes de detección del cáncer.

### Información sobre el Cáncer

Nuestro personal capacitado y solidario proporciona información y apoyo disponible en cualquier momento y lugar. Nuestro Centro Nacional de Información sobre el Cáncer (National Cancer Information Center - NCIC) proporciona respuestas y apoyo las 24 horas, los 7 días de la semana a través de nuestra línea de asistencia en vivo llamando al 1-800-227-2345. También ofrecemos sesiones de chat en vivo y de videochat. También ayudamos a las personas que viven en los EE. UU. y hablan otros idiomas además del inglés a encontrar la asistencia que necesitan en <https://www.cancer.org/cancer-information-in-other-languages/spanish.html>.

### Programas y servicios

**Supervivencia:** Tener cáncer afecta a toda la persona, y la experiencia de cada persona con el cáncer es única. El trabajo de supervivencia de la Sociedad Americana Contra El Cáncer tiene como objetivo ayudar a las personas a adaptarse, vivir y superar el cáncer desde el diagnóstico, pasando por la supervivencia a largo plazo hasta el final de la vida. Los esfuerzos se enfocan en ayudar a los sobrevivientes a manejar sus problemas físicos, psicosociales, funcionales y socioeconómicos actuales y a participar en comportamientos saludables para optimizar su bienestar. Nuestras guías de cuidados posteriores al tratamiento para sobrevivientes están diseñadas para promover la salud y la calidad de vida de

los mismos al facilitar la prestación de atención de seguimiento clínico coordinada, integral y de alta calidad. Nuestros esfuerzos de investigación de la sobrevivencia se centran en comprender el impacto del cáncer en la vida de los sobrevivientes y en desarrollar y probar intervenciones para ayudar a los sobrevivientes a participar activamente en su atención médica y mejorar su salud y bienestar durante y después del tratamiento. A través del Centro Nacional de Recursos para la Supervivencia al Cáncer (National Cancer Survivorship Resource Center), una colaboración entre la Sociedad Americana Contra El Cáncer y el Instituto del Cáncer de la Universidad George Washington financiado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, creamos las Series de Aprendizaje Electrónico sobre la Supervivencia del Cáncer para Proveedores de Atención Primaria. Este programa de aprendizaje electrónico gratuito continúa enseñando a los médicos cómo cuidar a los sobrevivientes de cánceres de inicio en la edad adulta.

**Apoyo para cuidadores:** El cáncer no solo afecta a la persona diagnosticada, sino que también afecta a toda una unidad familiar y a una red de amigos cercanos que a menudo deben cuidar a su ser querido durante el diagnóstico y el tratamiento. Una de las herramientas informativas que brindamos es nuestra *Guía de Recursos para el Cuidador* (<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/cancer-control/en/booklets-flyers/american-cancer-society-caregiver-resource-guide.pdf>), en inglés, la cual ayuda a los cuidadores a aprender a cuidarse a sí mismos mientras cuidan a un ser querido; comprender mejor por lo que está pasando su ser querido; desarrollar habilidades para afrontar y cuidar; y tomar medidas para ayudar a proteger su propia salud y bienestar. Otro recurso útil es nuestra Serie de Videos de Apoyo para el Cuidador ([cancer.org/es/tratamiento/personas-que-atienden-a-la-persona-con-cancer/videos-de-apoyo-para-cuidadores.html](https://www.cancer.org/es/tratamiento/personas-que-atienden-a-la-persona-con-cancer/videos-de-apoyo-para-cuidadores.html)), que proporciona apoyo educativo a cuidadores de pacientes en tanto ayudan con las necesidades cotidianas de seres queridos y proporciona técnicas de cuidado personal para mejorar su propia calidad de vida. Ambos recursos están disponibles en inglés y español.

**Transporte al tratamiento:** El programa Camino A La Recuperación® (Road To Recovery) de la Sociedad Americana Contra El Cáncer elimina los obstáculos para el tratamiento del cáncer al proporcionar transporte gratuito para las personas que enfrentan el cáncer a través de conductores voluntarios capacitados.

**Alojamiento durante el tratamiento:** Nuestras comunidades de Albergue De La Esperanza® (Hope Lodge®) proporcionan un hogar lejos del hogar para las personas con cáncer y sus cuidadores en un entorno de apoyo y afecto para que puedan centrarse en recuperarse.

**Apoyo contra el cáncer de seno:** El programa Recuperación A Su Alcance® (Reach To Recovery®) conecta a las personas que enfrentan el cáncer de seno con apoyo individualizado brindado por personas voluntarias capacitadas que son sobrevivientes de cáncer de seno, desde el diagnóstico hasta la supervivencia. Estas personas voluntarias ayudan a quienes enfrentan el cáncer de seno a afrontar su diagnóstico, tratamiento, efectos secundarios y más.

**Productos para la caída del cabello y la mastectomía:** Nuestro programa “tlc” *Tender Loving Care*® ayuda a las mujeres con los efectos secundarios del tratamiento del cáncer relacionados con la apariencia ofreciéndoles una variedad de pelucas, sombreros y pañuelos asequibles, así como una gama completa de productos de mastectomía. Estos artículos se pueden comprar desde la privacidad de su hogar llamando al 1-800-850-9445 o visitando el sitio web de “tlc”™ en [tlcdirect.org](https://www.tlcdirect.org).

**Cómo encontrar esperanza e inspiración:** Las comunidades virtuales de la Red de Sobrevivientes del Cáncer® (Cancer Survivors Network®) de la Sociedad Americana Contra El Cáncer brindan a las personas que enfrentan el cáncer y a los sobrevivientes la oportunidad de aprender más y conectarse con otras personas que pueden ser una fuente de apoyo y consuelo. Nuestra comunidad segura en línea ofrece a los sobrevivientes y cuidadores un lugar para compartir sus historias, hacer preguntas y obtener apoyo mutuo.

## Apoyo para Pacientes en Puerto Rico

El Centro de Servicios al Paciente de Puerto Rico proporciona información a pacientes y proveedores en Puerto Rico sobre una variedad de temas, incluyendo seguro médico y ayuda financiera para el tratamiento. Debido a la COVID-19, los especialistas y navegadoras de pacientes del Centro están operando virtualmente a partir del verano de 2021. Esperan comenzar a brindar servicios en persona para ayudar a guiar a quienes enfrentan el cáncer a través del sistema de atención médica más adelante en 2021.

## Investigación

La Sociedad Americana Contra El Cáncer es la principal fuente de financiamiento privado sin fines de lucro para los científicos que estudian el cáncer en los Estados Unidos. Durante los últimos 20 años, el departamento Externo de Ciencias de la Investigación ha financiado más de 550 subvenciones para la equidad en salud y las disparidades en salud por cáncer por un total de más de \$300 millones, tales como subvenciones para abordar las disparidades en el cuidado de la densidad

mamaria para las latinas y para mejorar la calidad de vida de los niños latinos con cáncer. Nuestro programa de investigación interna (intramuros), que incluye nuestros equipos de Ciencia de Vigilancia y Equidad en la Salud y Ciencias de la Población, prioriza la investigación sobre la disparidad del cáncer y la equidad en la salud al investigar las disparidades en el acceso a la atención y los factores de riesgo de cáncer, tendencias, ocurrencia y resultados para las poblaciones marginadas y médicamente desatendidas.

Visite <https://www.cancer.org/es/investigacion.html> para explorar más nuestros programas de investigación.

## Defensa

La Sociedad Americana Contra El Cáncer y la Red de Acción Contra el Cáncer<sup>SM</sup> de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (ACS CAN), nuestra organización afiliada de defensa no partidaria y sin fines de lucro, están comprometidas en garantizar que todos tengan una oportunidad justa y equitativa para prevenir, encontrar, tratar y sobrevivir al cáncer. Nadie debería estar en desventaja en su lucha contra el cáncer debido a la cantidad de dinero que gana, el color de su piel, su orientación sexual, su identidad de género, su estatus de discapacidad o el lugar donde vive. ACS CAN aboga por políticas públicas para reducir las disparidades y mejorar los resultados de salud en todos los niveles de gobierno. A continuación se enumeran algunos de los esfuerzos en los que ACS CAN ha estado involucrada durante los últimos años:

ACS CAN y la Sociedad Americana Contra El Cáncer están trabajando para mejorar el acceso a la atención médica para las personas con cáncer, sobrevivientes del cáncer y quienes serán diagnosticados con cáncer en el futuro, lo cual ayudará a salvar vidas. Esto incluye el trabajo de ACS CAN para proteger las disposiciones bajo la ley de atención médica conocida como Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA), la cual ha mejorado el acceso a la atención para las personas que enfrentan el cáncer y sus familias de las siguientes maneras:

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

Cada año, ACS CAN trabaja arduamente para garantizar que las agencias que supervisan los

programas de investigación y prevención del cáncer reciban el financiamiento necesario para continuar la batalla contra el cáncer. La organización continúa liderando la lucha para mantener y aumentar la inversión que los EE. UU. ha hecho en investigaciones biomédicas y del cáncer y en programas del cáncer en los Institutos Nacionales de la Salud (NHI), el Instituto Nacional del Cáncer (NCI), y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Esta inversión incluye un mayor financiamiento para la investigación del cáncer en el Instituto Nacional de Salud de las Minorías y Desigualdades de Salud, en cuyo establecimiento, la Sociedad Americana Contra El Cáncer tuvo un rol fundamental.

La protección del financiamiento estatal y federal para el Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer de Seno y de Cuello Uterino (NBCCEDP) continúa siendo una alta prioridad para ACS CAN. Garantizar una financiación adecuada para el NBCCEDP preservará una red de seguridad fundamental para quienes continúan sin acceso a exámenes de detección que salvan vidas, así como a servicios de diagnóstico y tratamiento para los cánceres de seno y de cuello uterino.

La detección del cáncer colorrectal mediante colonoscopia puede extirpar pólipos precancerosos durante el procedimiento, haciendo de este modo que ésta sea el único servicio de prevención. ACS CAN defendió con éxito la aprobación de la Ley Eliminando las Barreras para la Detección del Cáncer Colorrectal (Removing Barriers to Colorectal Cancer Screening Act), la cual garantizará que los beneficiarios de Medicare tengan acceso a la detección del cáncer colorrectal sin ningún gasto de bolsillo que los sorprenda. Esta importante victoria bipartidista ayudará a mejorar la asequibilidad de los servicios de detección de cáncer que salvan vidas. ACS CAN también aboga por un tratamiento para dejar de fumar que sea integral, sin barreras y ampliamente promovido para los afiliados de Medicaid.

Además, ACS CAN respalda políticas que garantizan que las personas de diferentes orígenes raciales y étnicos que tienen cáncer estén inscritas en estudios clínicos. La representación en estudios clínicos es importante porque los estudios ayudan a garantizar que los medicamentos y tratamientos sean seguros y efectivos para personas de todos los orígenes raciales y étnicos.

## Recursos adicionales

### Consejo Intercultural del Cáncer (Intercultural Cancer Council - ICC)

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

### Consejo Nacional Hispano de Personas Adultas Mayores (National Hispanic Council on Aging - NHCOA)

El Consejo nacional Hispano de Personas Adultas Mayores es la principal organización nacional que trabaja para mejorar las vidas de los adultos mayores hispanos, sus familias y cuidadores. La organización ha sido una voz poderosa dedicada a promover, educar y defender la investigación, las políticas y la práctica en las áreas de seguridad económica, salud y vivienda durante más de 50 años. Visite [nhcoa.org](http://nhcoa.org) para obtener más información.

### Asociación Médica Nacional Hispana (National Hispanic Medical Association - NHMA)

La Asociación Nacional Médica Hispana es una asociación sin fines de lucro que representa a 50,000 médicos hispanos acreditados en los Estados Unidos. La misión de la organización es empoderar a los médicos hispanos para liderar esfuerzos que mejoren la salud de los hispanos y de otras poblaciones con servicios deficientes en colaboración con sociedades estatales médicas hispanas, residentes estudiantes de medicina y otros socios del sector público y privado. Visite [nhmamd.org](http://nhmamd.org) para obtener más información.

### Alianza Nacional para la Salud de los Hispanos (National Alliance for Hispanic Health)

La Alianza Nacional para la Salud de los Hispanos es la principal organización basada en la ciencia e impulsada por la comunidad que se centra en la mejor salud para todos. Los miembros de la comunidad brindan servicios a más de 15 millones de hispanos en todo Estados Unidos cada año y los miembros de organizaciones nacionales brindan servicios a más de 100 millones de personas al año. Visite [hispanichealth.org](http://hispanichealth.org) para obtener más información.

## Limitaciones de los datos

La comparación de las tasas de incidencia, mortalidad y supervivencia del cáncer entre grupos raciales y étnicos, especialmente en los que involucran a grupos diferentes a las personas de raza blanca o negra que viven en los EE. UU., debe interpretarse con prudencia por varios motivos. Primero, debido a cómo se recopilan los datos del cáncer, no podemos presentar la mayoría de las estadísticas del cáncer según el país de origen y el estatus de nacimiento, lo que enmascara diferencias importantes dentro de la población hispana total. Además, la etnia y la raza no siempre se clasifican de manera uniforme en los registros médicos, certificados de defunción y el censo decenal de los Estados Unidos; por consiguiente, es probable que se subestimen las tasas de incidencia y mortalidad de las poblaciones distintas a las de raza blanca y negra.

Las tendencias de incidencia, las probabilidades de presentar cáncer de por vida y las tasas de supervivencia que se presentan en este informe provienen de las

áreas de registro de cáncer del programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER), que no incluyen algunos estados donde reside una gran proporción de la población hispana de los EE. UU. (p. ej., Florida y Texas). Además, según los datos demográficos, los pacientes hispanos en las áreas de registro SEER tienen tasas de supervivencia al cáncer similares o a veces, más altas que las de los blancos no hispanos para algunos sitios de cáncer, a pesar de tener indicadores socioeconómicos más bajos. Este escenario contradictorio, a veces denominado la “paradoja hispana”, puede reflejar datos incompletos o sesgados en lugar de una verdadera ventaja de supervivencia.<sup>26, 150, 151</sup> Como resultado de las mayores dificultades en el registro preciso de las muertes por cáncer para las poblaciones de inmigrantes, un estudio encontró que las tasas de supervivencia de los pacientes hispanos pueden estar infladas artificialmente y deben interpretarse con precaución.<sup>26</sup>

Finalmente, la identificación precisa de personas hispanas/latinas para la vigilancia del cáncer es un desafío continuo. En un esfuerzo por abordar este problema, la Asociación Norteamericana de Registros Centrales del Cáncer (NAACCR) convocó a un panel de expertos en 2001 para desarrollar el Algoritmo de Identificación Hispana (NHIA) de NAACCR,

publicado por primera vez para su uso por los registros del cáncer en 2003 y actualizado en 2005, el cual utiliza una combinación de variables del paciente que se encuentran en los expedientes del registro de cáncer, incluyendo apellido y lugar de nacimiento, para determinar indirectamente el origen hispano. Sin embargo, el trabajo en esta área está en curso.

## Fuentes de estadísticas

**Estimación de nuevos casos de cáncer:** Se proyectó el número aproximado de nuevos casos de cáncer diagnosticados en personas hispanas de los EE. UU. en 2021 mediante el uso de un proceso de dos pasos. Primero, se estimó el número total de casos para los últimos 10 años de datos nacionales (2009 a 2018) aplicando tasas de incidencia específicas por edad para los hispanos de 49 estados y el Distrito de Columbia que se ajustaron a los estándares de la Asociación Norteamericana de Registros Centrales del Cáncer (NAACCR) de datos de alta calidad para los 10 años a los cálculos de la población hispana.<sup>152</sup> Luego, se proyectó el número de casos a tres años en base a la variación porcentual anual promedio de 10 años obtenido de un análisis de regresión de puntos de inflexión.

**Tasas de incidencia:** Las tasas de incidencia (calculadas como el número de personas recién diagnosticadas con cáncer durante un período de tiempo determinado dividido por la población en riesgo) se notificaron por cada 100,000 personas y se ajustaron a la edad de la población estándar de los EE. UU. del año 2000. Las tendencias de incidencia a largo plazo (1995 a 2018) se basaron en datos de 28 estados que cumplieron con los estándares de calidad de datos de NAACCR para todos los años (cubriendo el 88% de la población hispana en los Estados Unidos continentales y Hawái) y fueron la fuente para la variación porcentual anual promedio de 10 y de 5 años en las tasas de incidencia de cáncer (2009-2018 y 2014-2018).

Los datos de incidencia de NAACCR también fueron la fuente de las tasas de incidencia media anual ajustadas por edad de 5 años para 2014-2018, así como la etapa en el momento del diagnóstico para los nuevos casos diagnosticados 2014-2018.<sup>152, 153</sup>

**Estimación de muertes por cáncer:** El número aproximado de muertes por cáncer en los EE. UU. en los hispanos que viven en los EE. UU. continentales y en Hawái en 2021 se calculó ajustando el número de muertes por cáncer de 2005 a 2019 a un modelo estadístico que

pronostica el número de muertes que se espera que ocurran en 2021. Los datos sobre el número de muertes se obtienen del Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS) de los CDC.<sup>154</sup>

**Tasas de mortalidad:** Similar a las tasas de incidencia, las tasas de mortalidad en el presente documento se presentan como la muertes por cáncer por cada 100,000 personas y están ajustadas a la población estándar de los EE. UU. del año 2000. Las tasas de mortalidad en esta publicación se basan en recuentos de muertes por cáncer recopilados por el NCHS y datos demográficos de la Oficina del Censo de los EE. UU.<sup>154</sup> Las tasas de mortalidad por cáncer media anual de cinco años para Puerto Rico (2014-2018) se publicaron anteriormente en otro sitio.<sup>155</sup> Es importante considerar que las tasas de incidencia y de mortalidad por cáncer en los hispanos no son directamente comparables debido a las diferencias en la cobertura y en los años de datos de la población y debido a que la cantidad por la cual los datos de vigilancia subestiman estas dos estadísticas para los grupos raciales/ étnicos minoritarios es diferente.<sup>156</sup>

**Nota importante para los casos y muertes por cáncer estimados para el año en curso:** Los cálculos no incluyen a las personas hispanas que viven en territorios de los EE. UU. debido a los datos insuficientes. Si bien las proyecciones brindan una estimación razonablemente precisa de la carga del cáncer en 2021, no pueden usarse para dar seguimiento a los cambios en la ocurrencia del cáncer porque pueden variar con respecto a años anteriores por razones distintas a los cambios en la ocurrencia del cáncer. Por lo tanto, las tasas de incidencia y de mortalidad ajustadas por edad son las estadísticas de preferencia para dar seguimiento a las tendencias de la mortalidad por cáncer en los EE. UU. Estas estimaciones tampoco reflejan el impacto sustancial de la pandemia de COVID-19 en la comunidad hispana porque los datos finales de incidencia y mortalidad de 2020 aún no están disponibles.

**Supervivencia:** Este informe presenta las tasas de supervivencia por causa específica de pacientes diagnosticados en 17 registros del programa SEER para describir la supervivencia del cáncer.<sup>157</sup> Todas las estadísticas de supervivencia a cinco años que se presentan en las tablas y textos de esta publicación son para años de diagnóstico de 2011 a 2017, con seguimiento de todos los pacientes hasta 2018.

**Factor de riesgo y prevalencia de la detección:** Los métodos para la recopilación de datos de encuestas demográficas nacionales recopilados por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades que se utilizaron para analizar la prevalencia de factores de riesgo de cánceres seleccionados y la prevalencia de la

detección en este documento, se describen con más detalle a través de los enlaces a continuación:

- Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (National Health and Nutrition Examination Survey - NHANES): [cdc.gov/nchs/nhanes.htm](https://cdc.gov/nchs/nhanes.htm)
- Encuesta Nacional de Entrevista de Salud (National Health Interview Survey - NHIS): [cdc.gov/nchs/nhis.htm](https://cdc.gov/nchs/nhis.htm)
- Encuesta Nacional de Tabaquismo en Jóvenes (National Youth Tobacco Survey - NYTS): [cdc.gov/TOBACCO/data\\_statistics/surveys/NYTS/](https://cdc.gov/TOBACCO/data_statistics/surveys/NYTS/)
- Sistema de Vigilancia de Conductas de Riesgo en los Jóvenes (Youth Risk Behavior Surveillance System - YRBSS): [cdc.gov/HealthyYouth/yrbss/index.htm](https://cdc.gov/HealthyYouth/yrbss/index.htm)

## Referencias

1. Noe-Bustamante L, Lopez MH, Krogstad JM. U.S. Hispanic population surpassed 60 million in 2019, but growth has slowed. <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2020/07/07/u-s-hispanic-population-surpassed-60-million-in-2019-but-growth-has-slowed/>. Accessed May 5, 2021.
2. US Census Bureau. Annual Estimates of the Resident Population for the United States S, Counties, and Puerto Rico Commonwealth and Municipios: April 1, 2010 to July 1, 2019. Internet release date: 2020.
3. Krogstad JM, Noe-Bustamante L. Key facts about U.S. Latinos for National Hispanic Heritage Month. 2020; <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2020/09/10/key-facts-about-u-s-latinos-for-national-hispanic-heritage-month/>. Accessed May 5, 2021.
4. Islami F, Goding Sauer A, Miller KD, et al. Proportion and number of cancer cases and deaths attributable to potentially modifiable risk factors in the United States. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(1):31-54.
5. Semega JL, Kollar M, Schridder EA, Creamer J. Income and Poverty in the United States: 2019. US Census Bureau, Current Population Reports, P60-270. Washington, DC: US Government Printing Office; 2020. 2020.
6. Bailey ZD, Feldman JM, Bassett MT. How Structural Racism Works – Racist Policies as a Root Cause of U.S. Racial Health Inequities. *N Engl J Med.* 2021;384(8):768-773.
7. Cuevas AG, Dawson BA, Williams DR. Race and Skin Color in Latino Health: An Analytic Review. *Am J Public Health.* 2016;106(12):2131-2136.
8. Velasco-Mondragon E, Jimenez A, Palladino-Davis AG, Davis D, Escamilla-Cejudo JA. Hispanic health in the USA: a scoping review of the literature. *Public Health Rev.* 2016;37:31.
9. Scheppers E, van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, Dekker J. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Fam Pract.* 2006;23(3):325-348.
10. Doty MM, Blumenthal D, Collins SR. The Affordable Care Act and health insurance for Latinos. *JAMA.* 2014;312(17):1735-1736.
11. Arias E, Tejada-Vera B, Ahmad F, Kochanek KD. Provisional life expectancy estimates for 2020. Vital Statistics Rapid Release; no 15. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. July 2021.
12. Kagawa-Singer M, Dadia AV, Yu MC, Surbone A. Cancer, culture, and health disparities: time to chart a new course? *CA Cancer J Clin.* 2010;60(1):12-39.
13. Gilbert MJ. *Principles and Recommended Standards for Cultural Competence Education of Health Care Professionals.* Los Angeles: The California Endowment; 2002.
14. 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.
15. Abraido-Lanza AF, Echeverria SE, Florez KR. Latino Immigrants, Acculturation, and Health: Promising New Directions in Research. *Annu Rev Public Health.* 2016;37:219-236.
16. Krueger PM, Coleman-Minahan K, Rooks RN. Race/ethnicity, nativity and trends in BMI among U.S. adults. *Obesity.* 2014;22(7):1739-1746.
17. Pinheiro PS, Callahan KE, Gomez SL, et al. High cancer mortality for US-born Latinos: evidence from California and Texas. *BMC Cancer.* 2017;17(1):478.
18. Thomas DB, Karagas MR. Cancer in first and second generation Americans. *Cancer Res.* 1987;47(21):5771-5776.
19. Pinheiro PS, Sherman RL, Trapido EJ, et al. Cancer incidence in first generation U.S. Hispanics: Cubans, Mexicans, Puerto Ricans, and new Latinos. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2009;18(8):2162-2169.
20. DevCan: Probability of Developing or Dying of Cancer Software, Version 6.7.9. Statistical Research and Applications Branch, National Cancer Institute, 2021. <https://surveillance.cancer.gov/devcan/>.
21. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer Statistics, 2021. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(1):7-33.
22. Sierra MS, Soerjomataram I, Antoni S, et al. Cancer patterns and trends in Central and South America. *Cancer Epidemiol.* 2016;44 Suppl 1:S23-S42.
23. Zamora SM, Pinheiro PS, Gomez SL, et al. Disaggregating Hispanic American Cancer Mortality Burden by Detailed Ethnicity. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2019;28(8):1353-1363.
24. Pinheiro PS, Callahan KE, Stern MC, de Vries E. Migration from Mexico to the United States: A high-speed cancer transition. *Int J Cancer.* 2018;142(3):477-488.
25. Garnett E, Townsend J, Steele B, Watson M. Characteristics, rates, and trends of melanoma incidence among Hispanics in the USA. *Cancer Causes Control.* 2016;27(5):647-659.

26. Pinheiro PS, Morris CR, Liu L, Bungum TJ, Altekruse SF. The impact of follow-up type and missed deaths on population-based cancer survival studies for Hispanics and Asians. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2014;2014(49):210-217.
27. Stern MC, Fejerman L, Das R, et al. Variability in Cancer Risk and Outcomes Within US Latinos by National Origin and Genetic Ancestry. *Curr Epidemiol Rep.* 2016;3:181-190.
28. Gangnon RE, Sprague BL, Stout NK, et al. The contribution of mammography screening to breast cancer incidence trends in the United States: an updated age-period-cohort model. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2015;24(6):905-912.
29. World Cancer Research Fund International/American Institute for Cancer Research. Continuous Update Project Report: Diet, Nutrition, Physical Activity and Breast Cancer. 2017. Available at: [wcrf.org/breast-cancer-2017](http://wcrf.org/breast-cancer-2017).
30. Bandera EV, Maskarinec G, Romieu I, John EM. Racial and ethnic disparities in the impact of obesity on breast cancer risk and survival: a global perspective. *Adv Nutr.* 2015;6(6):803-819.
31. Chlebowski RT, Chen Z, Anderson GL, et al. Ethnicity and breast cancer: factors influencing differences in incidence and outcome. *J Natl Cancer Inst.* 2005;97(6):439-448.
32. Chiang KV, Li R, Anstey EH, Perrine CG. Racial and Ethnic Disparities in Breastfeeding Initiation horizontal line United States, 2019. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2021;70(21):769-774.
33. Bigman G, Wilkinson AV, Perez A, Homedes N. Acculturation and Breastfeeding Among Hispanic American Women: A Systematic Review. *Matern Child Health J.* 2018;22(9):1260-1277.
34. Iqbal J, Ginsburg O, Rochon PA, Sun P, Narod SA. Differences in breast cancer stage at diagnosis and cancer-specific survival by race and ethnicity in the United States. *JAMA.* 2015;313(2):165-173.
35. Lantz PM, Mujahid M, Schwartz K, et al. The influence of race, ethnicity, and individual socioeconomic factors on breast cancer stage at diagnosis. *Am J Public Health.* 2006;96(12):2173-2178.
36. Smith-Bindman R, Miglioretti DL, Lurie N, et al. Does utilization of screening mammography explain racial and ethnic differences in breast cancer? *Ann Intern Med.* 2006;144(8):541-553.
37. Press R, Carrasquillo O, Sciacca RR, Giardina EG. Racial/ethnic disparities in time to follow-up after an abnormal mammogram. *J Womens Health (Larchmt).* 2008;17(6):923-930.
38. Sineshaw HM, Gaudet M, Ward EM, et al. Association of race/ethnicity, socioeconomic status, and breast cancer subtypes in the National Cancer Data Base (2010-2011). *Breast Cancer Res Treat.* 2014;145(3):753-763.
39. Martinez ME, Gomez SL, Tao L, et al. Contribution of clinical and socioeconomic factors to differences in breast cancer subtype and mortality between Hispanic and non-Hispanic white women. *Breast Cancer Res Treat.* 2017;166(1):185-193.
40. Chen L, Li CI. Racial disparities in breast cancer diagnosis and treatment by hormone receptor and HER2 status. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2015;24(11):1666-1672.
41. Ellis L, Canchola AJ, Spiegel D, Ladabaum U, Haile R, Gomez SL. Racial and Ethnic Disparities in Cancer Survival: The Contribution of Tumor, Sociodemographic, Institutional, and Neighborhood Characteristics. *J Clin Oncol.* 2018;36(1):25-33.
42. Warner ET, Tamimi RM, Hughes ME, et al. Racial and Ethnic Differences in Breast Cancer Survival: Mediating Effect of Tumor Characteristics and Sociodemographic and Treatment Factors. *J Clin Oncol.* 2015;33(20):2254-2261.
43. Martinsen RP, Morris CR, Pinheiro PS, Parikh-Patel A, Kizer KW. Colorectal Cancer Trends in California and the Need for Greater Screening of Hispanic Men. *Am J Prev Med.* 2016;51(6):e155-e163.
44. World Cancer Research Fund International/American Institute for Cancer Research. Continuous Update Project Report: Diet, Nutrition, Physical Activity and Colorectal Cancer. 2017. Available at: <https://www.wcrf.org/dietandcancer/colorectal-cancer/>.
45. Lutgens MW, van Oijen MG, van der Heijden GJ, Vleggaar FP, Siersema PD, Oldenburg B. Declining risk of colorectal cancer in inflammatory bowel disease: an updated meta-analysis of population-based cohort studies. *Inflamm Bowel Dis.* 2013;19(4):789-799.
46. Butterworth AS, Higgins JP, Pharoah P. Relative and absolute risk of colorectal cancer for individuals with a family history: a meta-analysis. *Eur J Cancer.* 2006;42(2):216-227.
47. De Bruijn KM, Arends LR, Hansen BE, Leeftang S, Ruiter R, van Eijck CH. Systematic review and meta-analysis of the association between diabetes mellitus and incidence and mortality in breast and colorectal cancer. *Br J Surg.* 2013;100(11):1421-1429.
48. Luo S, Li JY, Zhao LN, et al. Diabetes mellitus increases the risk of colorectal neoplasia: An updated meta-analysis. *Clin Res Hepatol Gastroenterol.* 2016;40(1):110-123.
49. Rex DK, Boland CR, Dominitz JA, et al. Colorectal Cancer Screening: Recommendations for Physicians and Patients from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Am J Gastroenterol.* 2017;112(7):1016-1030.
50. Reyes-Guzman CM, Pfeiffer RM, Lubin J, et al. Determinants of Light and Intermittent Smoking in the United States: Results from Three Pooled National Health Surveys. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2017;26(2):228-239.
51. Pinheiro PS, Callahan KE, Siegel RL, et al. Cancer Mortality in Hispanic Ethnic Groups. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2017;26(3):376-382.
52. National Lung Screening Trial Research Team, Aberle DR, Berg CD, et al. The National Lung Screening Trial: overview and study design. *Radiology.* 2011;258(1):243-253.
53. World Cancer Research Fund International and American Institute for Cancer Research. Continuous Update Project Report: Diet, Nutrition, Physical Activity, and Prostate Cancer. In: Washington, DC: American Institute for Cancer Research; 2014: <https://www.wcrf.org/dietandcancer/prostate-cancer/>.
54. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249.
55. Stinton LM, Shaffer EA. Epidemiology of gallbladder disease: cholelithiasis and cancer. *Gut Liver.* 2012;6(2):172-187.
56. Hundal R, Shaffer EA. Gallbladder cancer: epidemiology and outcome. *Clin Epidemiol.* 2014;6:99-109.
57. Hsing AW, Rashid A, Devesa SS, Fraumeni JF. Biliary Tract Cancer. In: Schottenfeld D, Fraumeni JF, eds. *Cancer Epidemiology and Prevention.* 3rd Edition ed. New York: Oxford University Press; 2006:787-800.
58. Bhaskaran K, Douglas I, Forbes H, dos-Santos-Silva I, Leon DA, Smeeth L. Body-mass index and risk of 22 specific cancers: a population-based cohort study of 5.24 million UK adults. *Lancet.* 2014;384(9945):755-765.
59. Fernandez E, Gallus S, Bosetti C, Franceschi S, Negri E, La Vecchia C. Hormone replacement therapy and cancer risk: a systematic analysis from a network of case-control studies. *Int J Cancer.* 2003;105(3):408-412.
60. Chow WH, Johansen C, Gridley G, Mellemejaer L, Olsen JH, Fraumeni JF, Jr. Gallstones, cholecystectomy and risk of cancers of the liver, biliary tract and pancreas. *Br J Cancer.* 1999;79(3-4):640-644.
61. Setiawan VW, Wei PC, Hernandez BY, et al. Disparity in liver cancer incidence and chronic liver disease mortality by nativity in Hispanics: The Multiethnic Cohort. *Cancer.* 2016;122(9):1444-1452.
62. Pinheiro PS, Callahan KE, Jones PD, et al. Liver cancer: A leading cause of cancer death in the United States and the role of the 1945-1965 birth cohort by ethnicity. *JHEP Rep.* 2019;1(3):162-169.
63. Endeshaw M, Hallowell BD, Razzaghi H, Senkomago V, McKenna MT, Saraiya M. Trends in liver cancer mortality in the United States: Dual burden among foreign- and US-born persons. *Cancer.* 2019;125(5):726-734.

64. World Cancer Research Fund International and American Institute for Cancer Research. Continuous Update Project Report: Diet, Nutrition, Physical Activity and Liver Cancer. In: Washington, DC: American Institute for Cancer Research; 2015: <https://www.wcrf.org/dietandcancer/liver-cancer/>.
65. El-Serag HB, Kanwal F. Epidemiology of hepatocellular carcinoma in the United States: where are we? Where do we go? *Hepatology*. 2014;60(5):1767-1775.
66. Pinheiro PS, Medina HN, Callahan KE, et al. The association between etiology of hepatocellular carcinoma and race-ethnicity in Florida. *Liver Int*. 2020;40(5):1201-1210.
67. Liu Y, Wu F. Global burden of aflatoxin-induced hepatocellular carcinoma: a risk assessment. *Environ Health Perspect*. 2010;118(6):818-824.
68. Sanjeevaiah A, Cheedella N, Hester C, Porembka MR. Gastric Cancer: Recent Molecular Classification Advances, Racial Disparity, and Management Implications. *J Oncol Pract*. 2018;14(4):217-224.
69. Merchant SJ, Kim J, Choi AH, Sun V, Chao J, Nelson R. A rising trend in the incidence of advanced gastric cancer in young Hispanic men. *Gastric Cancer*. 2017;20(2):226-234.
70. Anderson WF, Rabkin CS, Turner N, et al. The changing face of noncardia gastric cancer incidence among non-Hispanic Whites. *J Natl Cancer Inst*. 2018; 110:608.
71. Eslick GD. Helicobacter pylori infection causes gastric cancer? A review of the epidemiological, meta-analytic, and experimental evidence. *World J Gastroenterol*. 2006;12(19):2991-2999.
72. Shibata A, Parsonnet J. Stomach Cancer. In: Schottenfeld D, Fraumeni JF, eds. *Cancer Epidemiology and Prevention*. 3rd Edition ed. New York: Oxford University Press; 2006:707-720.
73. O'Connor A, Lamarque D, Gisbert JP, O'Morain C. Treatment of Helicobacter pylori infection 2017. *Helicobacter*. 2017;22 Suppl 1.
74. Karimi P, Islami F, Anandasabapathy S, Freedman ND, Kamangar F. Gastric cancer: descriptive epidemiology, risk factors, screening, and prevention. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2014;23(5):700-713.
75. World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research. Continuous Update Project 2016; <http://www.wcrf.org/int/research-we-fund/continuous-update-project-cup>.
76. US Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress. A Report from the Surgeon General*. Atlanta, GA; USA: Department of Health and Human Services. Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 2014.
77. Steliarova-Foucher E, Colombet M, Ries LAG, et al. International incidence of childhood cancer, 2001-10: a population-based registry study. *Lancet Oncol*. 2017;18(6):719-731.
78. Lim JY, Bhatia S, Robison LL, Yang JJ. Genomics of racial and ethnic disparities in childhood acute lymphoblastic leukemia. *Cancer*. 2014;120(7):955-962.
79. Wilkinson JD, Fleming LE, MacKinnon J, et al. Lymphoma and lymphoid leukemia incidence in Florida children: ethnic and racial distribution. *Cancer*. 2001;91(7):1402-1408.
80. Heck JE, Park AS, Contreras ZA, et al. Risk of Childhood Cancer by Maternal Birthplace: A Test of the Hispanic Paradox. *JAMA Pediatr*. 2016;170(6):585-592.
81. Jacobs EJ, Newton CC, Carter BD, et al. What proportion of cancer deaths in the contemporary United States is attributable to cigarette smoking? *Ann Epidemiol*. 2015;25(3):179-182 e171.
82. 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.
83. Foerster B, Pozo C, Abufaraj M, et al. Association of Smoking Status With Recurrence, Metastasis, and Mortality Among Patients With Localized Prostate Cancer Undergoing Prostatectomy or Radiotherapy: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Oncol*. 2018.
84. American Cancer Society. *Cancer Prevention & Early Detection Facts & Figuras 2021-2022*. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2021.
85. Gentzke AS, Wang TW, Jamal A, et al. Tobacco Product Use Among Middle and High School Students – United States, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69(50):1881-1888.
86. US Department of Health and Human Services. *Smoking Cessation. A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health; 2020.
87. Babb S, Malarcher A, Asman K, et al. Disparities in Cessation Behaviors Between Hispanic and Non-Hispanic White Adult Cigarette Smokers in the United States, 2000-2015. *Prev Chronic Dis*. 2020;17:E10.
88. Bandi P, Minihan AK, RL S, et al. Updated review of major cancer risk factors and screening test use in the United States in 2018 and 2019, with a focus on smoking cessation. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2021.
89. Rock CL, Thomson C, Gansler T, et al. American Cancer Society guideline for diet and physical activity for cancer prevention. *CA Cancer J Clin*. 2020;70(4):245-271.
90. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, Grosse Y, Bianchini F, Straif K. Body Fatness and Cancer--Viewpoint of the IARC Working Group. *N Engl J Med*. 2016;375(8):794-798.
91. Demark-Wahnefried W, Platz EA, Ligibel JA, et al. The role of obesity in cancer survival and recurrence. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2012;21(8):1244-1259.
92. Ogden CL, Fryar CD, Martin CB, et al. Trends in Obesity Prevalence by Race and Hispanic Origin-1999-2000 to 2017-2018. *JAMA*. 2020;324(12):1208-1210.
93. Bagnardi V, Rota M, Botteri E, et al. Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. *Br J Cancer*. 2015;112(3):580-593.
94. Chen WY, Rosner B, Hankinson SE, Colditz GA, Willett WC. Moderate alcohol consumption during adult life, drinking patterns, and breast cancer risk. *JAMA*. 2011;306(17):1884-1890.
95. World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research. *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective. Continuous Update Project Expert Report 2018*. Washington, DC: American Institute for Cancer Research; 2018.
96. International Agency for Research on Cancer. *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Volume 96: Alcohol Consumption and Ethyl Carbamate*. Lyon, France: IARC Press; 2010.
97. Grosso G, Bella F, Godos J, et al. Possible role of diet in cancer: systematic review and multiple meta-analyses of dietary patterns, lifestyle factors, and cancer risk. *Nutr Rev*. 2017;75(6):405-419.
98. Martin CB, Wambogo EA, Ahluwalia N, Ogden CL. Nonalcoholic Beverage Consumption Among Adults: United States, 2015-2018. *NCHS Data Brief*. 2020(376):1-8.
99. Ahluwalia N, Herrick KA, Terry AL, Hughes JP. Contribution of Whole Grains to Total Grains Intake Among Adults Aged 20 and Over: United States, 2013-2016. *NCHS Data Brief*. 2019(341):1-8.
100. Moore SC, Lee IM, Weiderpass E, et al. Association of Leisure Time Physical Activity With Risk of 26 Types of Cancer in 1.44 Million Adults. *JAMA Intern Med*. 2016;176: 816-825.
101. Patel AV, Friedenreich CM, Moore SC, et al. American College of Sports Medicine Roundtable Report on Physical Activity, Sedentary Behavior, and Cancer Prevention and Control. *Med Sci Sports Exerc*. 2019;51(11):2391-2402.
102. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. 2018 Physical activity guidelines advisory committee scientific report. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2018.

103. Kerr J, Anderson C, Lippman SM. Physical activity, sedentary behaviour, diet, and cancer: an update and emerging new evidence. *Lancet Oncol*. 2017;18(8):e457-e471.
104. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2016: With Chartbook on Long-term Trends in Health. Hyattsville, MD 2017.
105. Giovannucci E, Harlan DM, Archer MC, et al. Diabetes and cancer: a consensus report. *CA Cancer J Clin*. 2010;60(4):207-221.
106. Bao C, Yang X, Xu W, et al. Diabetes mellitus and incidence and mortality of kidney cancer: a meta-analysis. *J Diabetes Complications*. 2013;27(4):357-364.
107. Wang L, Wang L, Zhang J, Wang B, Liu H. Association between diabetes mellitus and subsequent ovarian cancer in women: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(16):e6396.
108. He J, Stram DO, Kolonel LN, Henderson BE, Le Marchand L, Haiman CA. The association of diabetes with colorectal cancer risk: the Multiethnic Cohort. *Br J Cancer*. 2010;103(1):120-126.
109. Setiawan VW, Stram DO, Porcel J, et al. Pancreatic Cancer Following Incident Diabetes in African Americans and Latinos: The Multiethnic Cohort. *J Natl Cancer Inst*. 2018.
110. Centers for Disease Control and Prevention. *National Diabetes Statistics Report 2020*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Dept of Health and Human Services; 2020.
111. Dominguez K, Penman-Aguilar A, Chang MH, et al. Vital signs: leading causes of death, prevalence of diseases and risk factors, and use of health services among Hispanics in the United States - 2009-2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2015;64(17):469-478.
112. Plummer M, Franceschi S, Vignat J, Forman D, de Martel C. Global burden of gastric cancer attributable to pylori. *Int J Cancer*. 2015;136(2):487-490.
113. Brown LM. Helicobacter pylori: epidemiology and routes of transmission. *Epidemiol Rev*. 2000;22(2):283-297.
114. Grad YH, Lipsitch M, Aiello AE. Secular trends in Helicobacter pylori seroprevalence in adults in the United States: evidence for sustained race/ethnic disparities. *Am J Epidemiol*. 2012;175(1):54-59.
115. Siao D, Somsouk M. Helicobacter pylori: evidence-based review with a focus on immigrant populations. *J Gen Intern Med*. 2014;29(3):520-528.
116. Hooi JKY, Lai WY, Ng WK, et al. Global Prevalence of Helicobacter pylori Infection: Systematic Review and Meta-Analysis. *Gastroenterology*. 2017;153(2):420-429.
117. International Agency for Research on Cancer. *IARC Monograph on Biological Agents: A Review of Human Carcinogens*. 2012.
118. Centers for Disease Control and Prevention. *Viral Hepatitis Surveillance – United States, 2014*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2014.
119. de Martel C, Maucourt-Boulch D, Plummer M, Franceschi S. World-wide relative contribution of hepatitis B and C viruses in hepatocellular carcinoma. *Hepatology*. 2015;62(4):1190-1200.
120. Schillie S VC, Reingold A, Harris A, HaberP, Ward JW, Nelson NP. Prevention of Hepatitis B Virus Infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Recomm Rep*. 2018;67(1):1-31.
121. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Immunization and Respiratory Diseases. TeenVaxView. 2021; <https://www.cdc.gov/vaccines/imz-managers/coverage/teenvaxview/data-reports/index.html> Accessed May 18, 2021.
122. Healy J, Rodriguez-Lainz A, Elam-Evans LD, Hill HA, Reagan-Steiner S, Yankey D. Vaccination coverage among foreign-born and U.S.-born adolescents in the United States: Successes and gaps - National Immunization Survey-Teen, 2012-2014. *Vaccine*. 2018;36(13):1743-1750.
123. Kruszon-Moran D, Paulose-Ram R, Martin CB, Barker LK, McQuillan G. Prevalence and Trends in Hepatitis B Virus Infection in the United States, 2015-2018. *NCHS Data Brief*. 2020(361):1-8.
124. Force USPST, Owens DK, Davidson KW, et al. Screening for Hepatitis C Virus Infection in Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2020;323(10):970-975.
125. Centers for Disease Control and Prevention. 2019 Viral Hepatitis Surveillance Report. <https://www.cdc.gov/hepatitis/statistics/SurveillanceRpts.htm>. Accessed May 21, 2021.
126. Centers for Disease Control and Prevention. Genital HPV Infection. Available from: <https://www.cdc.gov/std/hpv/stdfact-hpv.htm> [accessed March 31, 2021].
127. Saraiya M, Unger ER, Thompson TD, et al. US assessment of HPV types in cancers: implications for current and 9-valent HPV vaccines. *J Natl Cancer Inst*. 2015;107(6):djv086.
128. Viens LJ, Henley SJ, Watson M, et al. Human Papillomavirus-Associated Cancers – United States, 2008-2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016;65(26):661-666.
129. World Health Organization. Human Papillomavirus (HPV) and Cervical Cancer. Available from URL: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer) [accessed March 30, 2021].
130. Serrano B, de Sanjose S, Tous S, et al. Human papillomavirus genotype attribution for HPV6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 and 58 in female anogenital lesions. *Eur J Cancer*. 2015;51(13):1732-1741.
131. Saslow D, Andrews KS, Manassaram-Baptiste D, Smith RA, Fontham ETH, American Cancer Society Guideline Development G. Human papillomavirus vaccination 2020 guideline update: American Cancer Society guideline adaptation. *CA Cancer J Clin*. 2020;70(4):274-280.
132. Simard EP, Pfeiffer RM, Engels EA. Spectrum of cancer risk late after AIDS onset in the United States. *Arch Intern Med*. 2010;170(15):1337-1345.
133. Shiels MS, Cole SR, Kirk GD, Poole C. A meta-analysis of the incidence of non-AIDS cancers in HIV-infected individuals. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009;52(5):611-622.
134. Engels EA. Non-AIDS-defining malignancies in HIV-infected persons: etiologic puzzles, epidemiologic perils, prevention opportunities. *AIDS*. 2009;23(8):875-885.
135. Centers for Disease Control and Prevention. *HIV Surveillance Report, 2018*. Atlanta, GA: Center for Disease Control and Prevention; May 2020 2020.
136. Shoemaker ML, White MC. Breast and cervical cancer screening among Hispanic subgroups in the USA: estimates from the National Health Interview Survey 2008, 2010, and 2013. *Cancer Causes Control*. 2016;27(3):453-457.
137. Fontham ETH, Wolf AMD, Church TR, et al. Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society. *CA Cancer J Clin*. 2020;70(5):321-346.
138. Watson M, Benard V, King J, Crawford A, Saraiya M. National assessment of HPV and Pap tests: Changes in cervical cancer screening, National Health Interview Survey. *Prev Med*. 2017;100:243-247.
139. National Center for Health Statistics. National Health Interview Survey, 2015. Public-use data file and documentation. 2016; [http://www.cdc.gov/nchs/nhis/quest\\_data\\_related\\_1997\\_forward.htm](http://www.cdc.gov/nchs/nhis/quest_data_related_1997_forward.htm). Accessed July 16, 2016.

140. Jiang C, Fedewa SA, Wen Y, Jemal A, Han X. Shared decision making and prostate-specific antigen based prostate cancer screening following the 2018 update of USPSTF screening guideline. *Prostate Cancer Prostatic Dis.* 2021;24(1):77-80.
141. Smith RA, Andrews KS, Brooks D, et al. Cancer screening in the United States, 2018: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin.* 2018.
142. Force USPST, Krist AH, Davidson KW, et al. Screening for Lung Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* 2021;325(10):962-970.
143. Reese TJ, Schlechter CR, Potter LN, et al. Evaluation of Revised US Preventive Services Task Force Lung Cancer Screening Guideline Among Women and Racial/Ethnic Minority Populations. *JAMA Netw Open.* 2021;4(1):e2033769.
144. Fedewa SA, Kazerooni EA, Studts JL, et al. State Variation in Low-Dose CT Scanning for Lung Cancer Screening in the United States. *J Natl Cancer Inst.* 2020.
145. Hudson SV, Ferrante JM, Ohman-Strickland P, et al. Physician recommendation and patient adherence for colorectal cancer screening. *J Am Board Fam Med.* 2012;25(6):782-791.
146. Peipins LA, Soman A, Berkowitz Z, White MC. The lack of paid sick leave as a barrier to cancer screening and medical care-seeking: results from the National Health Interview Survey. *BMC Public Health.* 2012;12:520.
147. Mojica CM, Parra-Medina D, Vernon S. Interventions Promoting Colorectal Cancer Screening Among Latino Men: A Systematic Review. *Prev Chronic Dis.* 2018;15:E31.
148. The Community Guide. AMIGAS: Promoting Cervical Cancer Screening among Hispanic Women. <https://www.thecommunityguide.org/stories/amigas-promoting-cervical-cancer-screening-among-hispanic-women>. Accessed May 21, 2021.
149. Ortiz AP, Ortiz-Ortiz KJ, Colon-Lopez V, et al. Incidence of Cervical Cancer in Puerto Rico, 2001-2017. *JAMA Oncol.* 2021;7(3):456-458.
150. Pinheiro PS, Williams M, Miller EA, Easterday S, Moonie S, Trapido EJ. Cancer survival among Latinos and the Hispanic Paradox. *Cancer Causes Control.* 2011;22(4):553-561.
151. Turra CM, Elo IT. The Impact of Salmon Bias on the Hispanic Mortality Advantage: New Evidence from Social Security Data. *Popul Res Policy Rev.* 2008;27(5):515-530.
152. SEER\*Stat Database: NAACCR Incidence Data - CiNA Analytic File, 1995-2018, for NHIaV2 Origin, Custom File With County, ACS Facts and Figuras projection Project, submitted December 2020. NAACCR, 2021.
153. Sherman R, Firth R, Charlton M, et al. *Cancer in North America: 2014-2018. Volume One: Combined Cancer Incidence for the United States, Canada and America.* Springfield, IL: North American Association of Central Cancer Registries, Inc. June 2021.
154. American Cancer Society. SEER\*Stat Database: Custom dataset – Mortality – All COD, Aggregated With State, Total U.S. (2003-2019). Underlying mortality data provided by NCHS ([www.cdc.gov/nchs](http://www.cdc.gov/nchs)).
155. Sherman R, Firth R, Charlton M, et al (eds). *Cancer In North America, 2014-2018. Volume Three: Registry-specific Cancer Mortality in the United States and Canada.* Springfield, IL: North American Association of Central Cancer Registries, Inc. May 2021.
156. Arias E, Eschbach K, Schauman WS, Backlund EL, Sorlie PD. The Hispanic mortality advantage and ethnic misclassification on US death certificates. *Am J Public Health.* 2010;100 Suppl 1:S171-177.
157. Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) Program. SEER\*Stat Database: Incidence – SEER 21 Regs Research Data + Hurricane Katrina Impacted Louisiana Cases, Nov 2020 Sub (2000-2018) <Katrina/Rita Population Adjustment> – Linked To County Attributes – Total U.S., 1969-2019 Counties, National Cancer Institute, DCCPS, Surveillance Research Program, released April 2021, based on the November 2020 submission.

## Agradecimientos

La producción de este informe no habría sido posible sin los esfuerzos de Rick Alteri; Priti Bandi; Joseph Cotter; Pat Deuschle; Stacey Fedewa; Hannah Fuchs; Trista Hargrove; Mamta Kalidas; Catherine McMahon; Dinorah Martinez Tyson; Adair Minihan; Ana P. Ortiz; Paulo Pinheiro; Scott Simpson; Tawana Thomas-Johnson; Dana Wagner; Tracy Weidt y Kathy Zamora.

*Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos 2021-2023* es una publicación de la Sociedad Americana Contra El Cáncer, Atlanta, Georgia.

Para obtener más información, comuníquese con:

Kimberly Miller, Mágister en Salud Pública (MPH); Rebecca Siegel, Mágister en Salud Pública (MPH); Ahmedin Jemal, Doctor en Medicina Veterinaria (DVM), Doctor (PhD)  
Programa de Vigilancia e Investigación de Servicios de Salud

# Recomendaciones de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para la Detección Temprana del Cáncer en Personas Asintomáticas con Riesgo Promedio\*

Sitio del Cáncer	Población	Prueba o Procedimiento	Recomendación
Seno	Mujeres, 40 a 54 años de edad	Mamografía	Las mujeres deben tener la oportunidad de empezar con los exámenes de detección anual a los 40 y 44 años de edad. Las mujeres deben someterse a una mamografía de detección periódica a partir de los 45 años de edad. Las mujeres de 45 a 54 años de edad deben hacerse exámenes de detección cada año.
	Mujeres, 55 o más años de edad		Haga la transición a la detección bienal o tenga la oportunidad de continuar con la detección anual.
Cuello uterino	Mujeres, 25 a 65 años de edad	Prueba de ADN del VPH, <b>O</b> Prueba de Papanicolaou y prueba de ADN del VPH	<b>Se prefiere:</b> Prueba primaria del VPH sola cada 5 años con una prueba aprobada por la FDA para la detección primaria del VPH. <b>Se considera aceptable:</b> Prueba conjunta (prueba de VPH y prueba de Papanicolaou) cada 5 años o prueba de Papanicolaou sola cada 3 años.
	Mujeres, 65 o más años de edad		Suspenda las pruebas de detección si los resultados de las pruebas regulares de detección en los últimos 10 años fueron negativos, con la prueba más reciente en los últimos 5 años.
	Mujeres que se han vacunado contra el VPH		Siga las recomendaciones de detección específicas por edad (lo mismo que para las personas no vacunadas).
	Mujeres que se han sometido a una histerectomía total		Las personas sin cuello uterino y sin antecedentes de cáncer de cuello uterino o antecedentes de neoplasia intraepitelial cervical escamosa 2 (CIN2) o un diagnóstico más severo en los últimos 25 años no deben someterse a exámenes de detección.
Colorectal†	Hombres y mujeres, 45 o más años de edad	Prueba de sangre oculta en heces con guayacol (gFOBT, en inglés) con al menos 50% de sensibilidad o prueba inmunológica fecal (FIT, en inglés) con al menos 50% de sensibilidad, <b>O</b>	Prueba anual de muestras de heces por evacuación espontánea. Durante la visita al consultorio no se recomienda la prueba de heces simple ni las pruebas que se toman sobre el inodoro. En comparación con las pruebas con guayacol para la detección de sangre oculta, las pruebas inmunológicas son más amigables para el paciente y es probable que sean iguales o mejores en cuanto a sensibilidad y especificidad. No hay justificación para repetir FOBT en respuesta a un hallazgo positivo inicial.
		Prueba de ADN fecal de múltiples objetivos, <b>O</b>	Cada 3 años
		Sigmoidoscopia flexible (FSIG, en inglés), <b>O</b>	Cada 5 años solo, o se puede considerar la combinación de FSIG realizada cada 5 años con una gFOBT o FIT altamente sensible realizado anualmente.
		Colonoscopia, <b>O</b>	Cada 10 años
		Colonografía computarizada	Cada 5 años
Endometrio	Mujeres en la menopausia		Se debe informar a las mujeres sobre los riesgos y síntomas del cáncer de endometrio y se les debe animar a que informen a un médico sobre hemorragias inesperadas.
Pulmón	Personas que actualmente fuman o que fumaban anteriormente de 50 a 80 años en buen estado de salud con un historial de más de 20 paquetes año.	Tomografía computarizada helicoidal de baja dosis TC (LDCT, en inglés)	La Sociedad Americana Contra El Cáncer está actualmente revisando la nueva evidencia científica sobre las pruebas para la detección del cáncer de pulmón. Provisionalmente recomendamos seguir las guías actualizadas del Grupo de Trabajo de Servicios de Prevención de los EE. UU. ( <a href="https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/lung-cancer-screening">uspstf/recommendation/lung-cancer-screening</a> ), que recomienda pruebas de detección anuales con LDCT en adultos de entre 50 y 80 años de edad con un historial de 20 paquetes año que actualmente fuman o que han dejado de fumar en los últimos 15 años.
Próstata	Hombres, 50 o más años de edad	Prueba de antígeno prostático específico con o sin examen digital rectal	Los hombres que tienen una expectativa de vida de al menos 10 años deben tener la oportunidad de tomar una decisión informada con su proveedor de atención médica sobre si deben someterse a una prueba de detección del cáncer de próstata, después de recibir información sobre los posibles beneficios, riesgos e incertidumbres asociados con los exámenes de detección del cáncer de próstata. La detección del cáncer de próstata no debe realizarse sin un proceso de toma de decisiones informado. Los hombres afroamericanos deben tener esta conversación con su proveedor a partir de los 45 años.

CT- Tomografía computarizada. \*Todas las personas deben familiarizarse con los posibles beneficios, limitaciones y daños asociados con las pruebas de detección del cáncer. †Todas las pruebas positivas (excepto la colonoscopia) deben seguirse con una colonoscopia.

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



[cancer.org/es](https://cancer.org/es) | 1.800.227.2345

