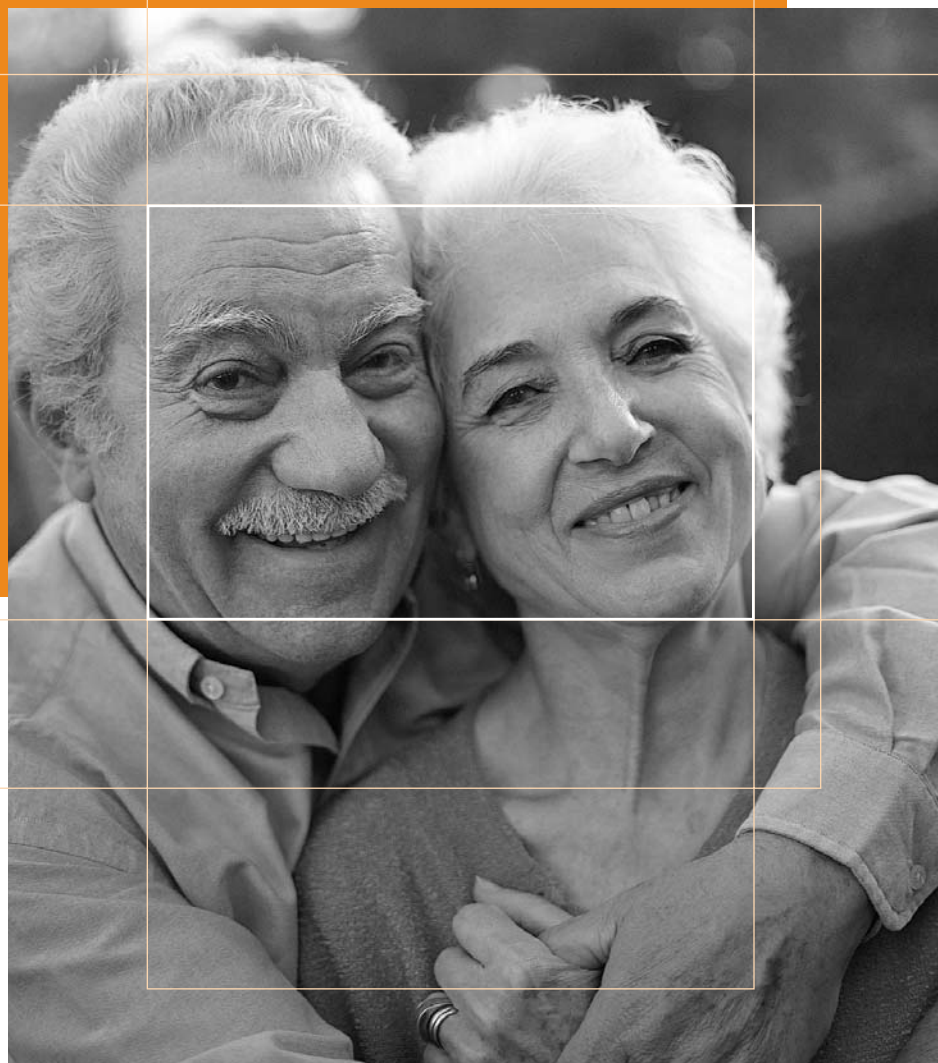


Datos y Estadísticas del Cáncer en los Hispanos/Latinos 2003-2005



**Sociedad Americana
del Cáncer®**





Contenido

Estadísticas sobre el cáncer entre los hispanos/latinos	1
Tipos selectos de cáncer	3
Estadísticas sobre los factores de riesgo	6
Uso de tabaco	6
Peso excesivo, obesidad y actividad física	9
Uso de pruebas de detección	9
Guías de detección	11
Fuentes de las estadísticas	12
Referencias	14

Reconocimientos

La producción de este informe no hubiera sido posible sin los esfuerzos de Cheryl Cardinez, MSPH; April Harris; Taylor Murray; Dana Russotto, MPH; Susan Summers; y Michael Thun, MD, MS.

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

Si desea más información comuníquese con:

Kate O'Brien, MPH

Vilma Cokkinides, PhD, MSPH

Ahmedin Jemal, DVM, PhD

Elizabeth Ward, PhD

Departamento de Investigaciones de Epidemiología y Vigilancia

Esta publicación tiene la intención de resumir la información científica actual sobre el cáncer. Excepto cuando se especifique de otra manera, no representa las normas oficiales de la Sociedad Americana del Cáncer.

Oficina Central Nacional: American Cancer Society, Inc., 1599 Clifton Road, NE, Atlanta, GA 30329-4251, (404) 320-3333

© 2003, American Cancer Society, Inc. Se reservan todos los derechos, inclusive el derecho de reproducir de cualquier forma esta publicación o partes de la misma.

Para solicitar autorización por escrito, diríjase a: Legal Department of the American Cancer Society, 1599 Clifton Road, NE, Atlanta, GA 30329-4251.

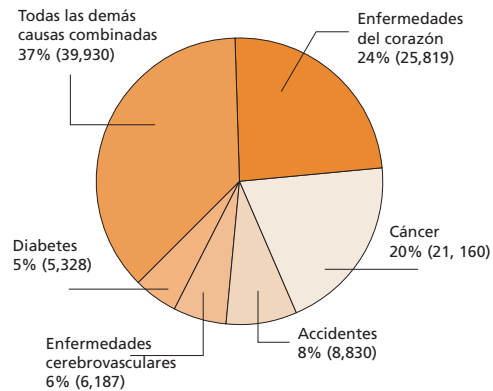


**Sociedad Americana
del Cáncer®**

Estadísticas sobre el cáncer entre los hispanos/latinos

En 2000, aproximadamente 35.3 millones de hispanos formaban alrededor de 12.5% de la población total de los Estados Unidos,¹ un aumento agudo del 9% en 1990, lo cual convierte a los hispanos en el grupo minoritario de crecimiento más rápido en el país.² Los hispanos o latinos* de los Estados Unidos, trazan sus orígenes a los siguientes países o regiones: México (66%), Puerto Rico (9%), Cuba (4%), América Central o del Sur (15%), u otras culturas de origen hispano (6%).³ Dentro de los Estados Unidos, la mayoría de los hispanos que residen en el oeste y en el sur son de origen mexicano; los del sureste son principalmente cubanos, y los del noreste son principalmente puertorriqueños.³ La ocurrencia del cáncer puede variar entre estos grupos debido a diferencias regionales, de comportamiento o genéticas. Más aún, el riesgo de cáncer que tienen los hispanos puede diferir dependiendo de si nacieron en los Estados Unidos o en otro país, el país de origen o de sus

Figura 1:
Causas de fallecimiento entre los hispanos de todas las edades, EE.UU., 2000



Fuente: National Vital Statistics Report (Informe Nacional de Estadísticas Vitales) en http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr50/nvsr50_16.pdf

American Cancer Society, Surveillance Research, 2003

Tabla 1:
Tasas de incidencia y mortalidad por cáncer y proporciones de comparación entre hispanos y no hispanos

Tasas de incidencia y proporciones,* 1995-1999†

	Hombres			Mujeres		
	Hispanos	No hispanos	Proporción	Hispanos	No hispanos	Proporción
Próstata	120.5	159.2	0.8	-	-	-
Seno en las mujeres	-	-	-	83.5	147.3	0.6
Pulmones y bronquios	42.0	81.5	0.5	22.2	54.0	0.4
Colon y recto	43.8	64.1	0.7	29.4	47.2	0.6
Estómago	16.6	10.2	1.6	9.2	4.3	2.1
Hígado y conductos biliares intrahepáticos	12.0	5.9	2.0	5.0	2.4	2.1
Cuello uterino	-	-	-	16.3	7.8	2.1
Vesícula biliar	1.2	0.8	1.5	3.4	1.3	2.6

* Proporciones calculadas como la incidencia en hispanos dividida entre la incidencia en no hispanos.

† Ajustados a la edad según los estándares de población del año 2000; tasas de incidencia calculadas con el software SEER*Stat, e incluye datos de los siguientes registros de SEER: San Francisco, Connecticut, Iowa, Nuevo México, Seattle, Utah, Atlanta, San Jose-Monterey y Los Angeles.

Tasas de mortalidad y proporciones,‡ 1995-1999§

	Hombres			Mujeres		
	Hispanos	No hispanos	Proporción	Hispanos	No hispanos	Proporción
Próstata	21.6	31.6	0.7	-	-	-
Seno en las mujeres	-	-	-	17.2	28.7	0.6
Pulmones y bronquios	36.9	81.7	0.5	13.7	43.3	0.3
Colon y recto	16.4	26.2	0.6	10.3	18.3	0.6
Estómago	9.1	6.1	1.5	5.2	2.9	1.8
Hígado y conductos biliares intrahepáticos	9.4	5.6	1.7	4.3	2.6	1.7
Cuello uterino	-	-	-	3.7	2.6	1.4
Vesícula biliar	0.7	0.5	1.4	1.7	0.9	1.9

‡ Proporciones calculadas como la mortalidad en hispanos dividida entre la mortalidad en no hispanos.

§ Ajustados a la edad según los estándares de población del año 2000; tasas de mortalidad calculadas con el software SEER*Stat, e incluye datos de todos los estados, menos Oklahoma debido a certificados de defunción incompletos.

American Cancer Society, Surveillance Research, 2003

* Se usan los términos "hispanos" y "latinos" de manera intercambiable para referirnos al mismo grupo étnico. Por consiguiente, el uso del término "hispanos" en la información relacionada a la salud incluye y aplica igualmente a "latinos."

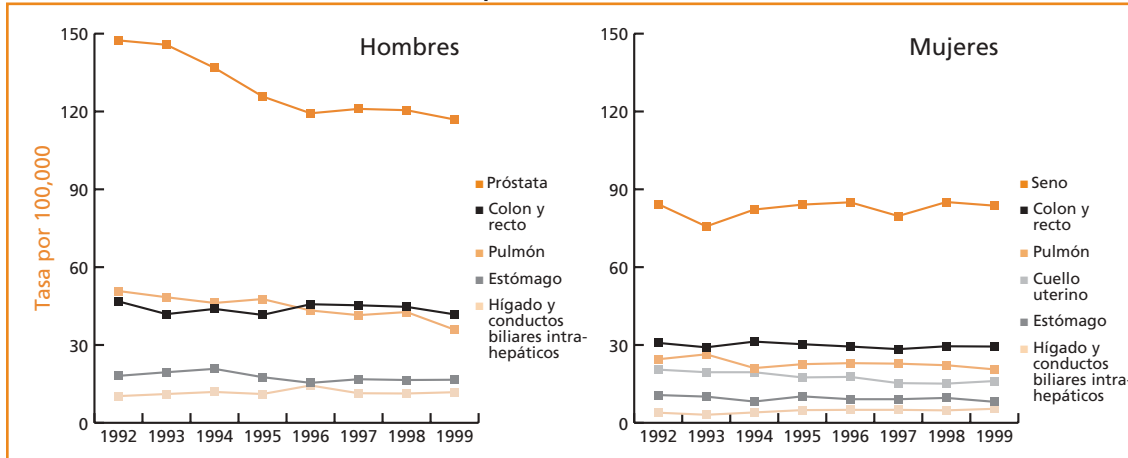
antecedentes, el grado de aculturación (grado al cual las personas adoptan la cultura dominante de los Estados Unidos) y el estado socioeconómico.

El cáncer consiste en un grupo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento sin control y la propagación de células anormales. Entre los hispanos adultos, el cáncer es la segunda causa principal de muerte, después de las enfermedades del corazón (Figura 1).⁴ Este informe proporciona estadísticas actuales de la ocurrencia del cáncer, los factores de riesgo del cáncer, y las tendencias referentes a pruebas de detección del

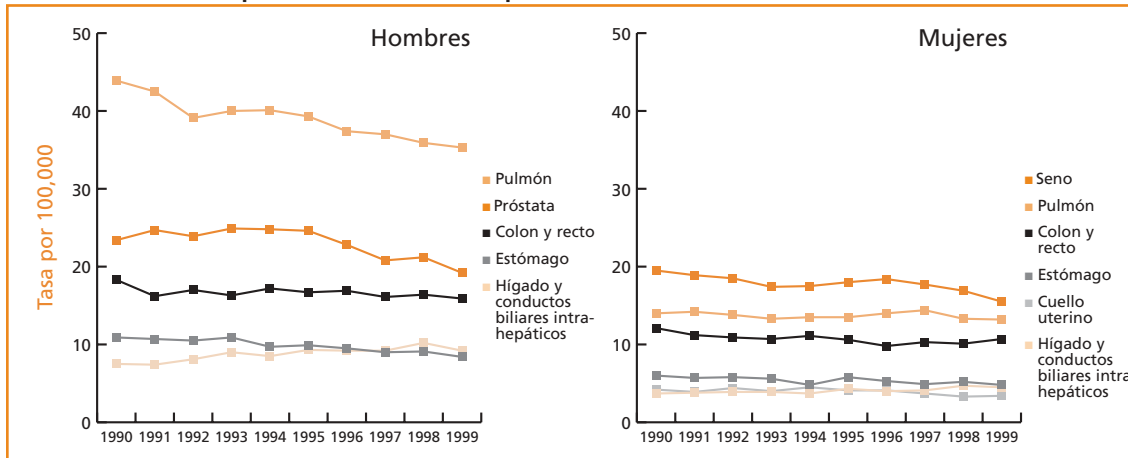
cáncer entre los hispanos. La comparación de las tasas de cáncer entre grupos raciales y étnicos, particularmente los que se refieren a grupos que no son blancos o negros, se deben interpretar con cuidado, ya que el grupo étnico y la raza no siempre se clasifican uniformemente en los expedientes médicos, certificados de defunción y censos decenales de los Estados Unidos. Además, los grupos de datos que incluyen estadísticas sobre el cáncer o factores de riesgo y comportamientos relacionados con el cáncer de algunos grupos raciales y étnicos se limitan solamente a los años recientes. Más aún, las áreas geográficas que reportan datos de inci-

Figura 2:
Tasas anuales de incidencia y mortalidad ajustadas a la edad de cánceres específicos en hispanos

Tasas de incidencia de cáncer entre los hispanos, 1992-1999*



Tasas de mortalidad por cáncer entre los hispanos, 1990-1999*



* Ajustadas a la edad según los estándares de población del año 2000; tasas de incidencia y mortalidad calculadas con el software SEER*Stat; las tasas de incidencia incluyen datos de los siguientes registros de SEER: San Francisco, Connecticut, Iowa, Nuevo México, Seattle, Utah, Atlanta, San Jose-Monterey y Los Angeles, y las tasas de mortalidad incluyen datos de todos los estados con las siguientes excepciones debido a certificados de defunción incompletos en ciertos estados y años: Louisiana (1990), New Hampshire (1990-1992), Oklahoma (1990-1997).

American Cancer Society, Surveillance Research, 2003

dencia entre los hispanos pueden no reflejar exactamente la experiencia de los grupos minoritarios en los Estados Unidos. Las comparaciones que se hace entre los hispanos y los no hispanos consideran sólo el grupo étnico y no describen posibles diferencias raciales.

La Tabla 1 muestra las diferencias entre la carga que el cáncer impone a los hispanos y a los blancos no hispanos de los Estados Unidos. Para la mayoría de los cánceres más comunes, las tasas de incidencia y de fallecimiento entre las personas de origen hispano son menores que entre las personas no hispanas (Tabla 1).⁵ En contraste, las tasas de los cánceres de estómago, hígado y cuello uterino son más altas entre los hispanos que entre los blancos no hispanos. Los estadounidenses de descendencia hispana experimentan una carga del cáncer similar a la que se observa en los países de los cuales emigraron. En comparación con las tasas en los Estados Unidos, las tasas de incidencia de los cánceres de seno, colon y recto, pulmón y próstata son menores en Puerto Rico, Cuba y América del Centro y del Sur que aquellas en los Estados Unidos; pero las tasas de cáncer del cuello uterino, hígado y estómago son mayores.^{6,7} Sin embargo, existe algo de evidencia que indica que entre los hispanos que emigran a Estados Unidos, las generaciones subsiguientes tienen tasas de cáncer más similares a las de no hispanos.⁸⁻¹⁰ En la Figura 2 se muestran las tendencias de la incidencia del cáncer y la mortalidad por esta enfermedad por área que afecta el cáncer que se indican en la Tabla 1, excepto la vesícula biliar.

Casos nuevos

Se espera que en 2003 se diagnostiquen aproxima-

mente 67,400 casos nuevos de cáncer entre los hispanos (Figura 3). Los cánceres más comúnmente diagnosticados entre los hombres hispanos serán el de la próstata, colon y recto y pulmón; y entre las mujeres hispanas será el cáncer del seno, colon y recto y pulmón. Durante 1992-1999, para todos los cánceres, la tasa de incidencia ajustada a la edad por cada 100,000 habitantes hispanos fue de 393.1 para los hombres y 290.5 para las mujeres, en comparación con una tasa de 576.6 para hombres blancos no hispanos y 438.2 para mujeres blancas no hispanas. En este período de tiempo de 8 años, las tasas de incidencia del cáncer entre los hispanos disminuyeron un promedio del 1.6% cada año, una reducción mayor que entre los blancos no hispanos (0.8% al año).⁵ La tasa de reducción entre los hispanos fue mayor en los hombres (2.8%) que en las mujeres (0.6%).

Fallecimientos

Se espera que en 2003 fallezcan aproximadamente 22,100 hispanos por causa del cáncer. La tasa de muertes de todos los cánceres combinados es menor entre los hispanos que entre los blancos no hispanos.⁵ Durante 1992-1999, para todas las áreas que afecta el cáncer, la tasa de fallecimiento ajustada a la edad por cada 100,000 hispanos fue de 163.7 para los hombres y 105.7 para las mujeres, en comparación con una tasa de 262.5 para los hombres blancos no hispanos y 173.5 para las mujeres blancas no hispanas. Las tasas de fallecimiento por cáncer durante el mismo período de tiempo entre los hispanos disminuyó, en promedio, 1.2% cada año, una reducción un poco mayor que la observada entre los blancos no hispanos (0.7% al año).⁵

Tipos selectos de cáncer

Cáncer del seno entre las mujeres

Casos nuevos: El cáncer del seno es el cáncer que se diagnostica más comúnmente entre las mujeres hispanas; se espera que aproximadamente 11,000 mujeres hispanas sean diagnosticadas con esta enfermedad en 2003. La tasa de casos nuevos de cáncer del seno diagnosticado entre las mujeres hispanas durante 1992-1999 permaneció estable, mientras que entre las mujeres blancas no hispanas la tasa mostró un aumen-

to anual de 1.3% al año.⁵ Aunque el cáncer del seno se diagnostica aproximadamente un 40% con menos frecuencia entre las mujeres de origen hispano, con más frecuencia se diagnostica en una etapa posterior que cuando se detecta en las mujeres no hispanas.¹¹⁻¹⁵ Históricamente la menor utilización de pruebas de detección del cáncer, como las mamografías, entre las mujeres hispanas puede contribuir a los diagnósticos en etapas posteriores, cuando la enfermedad está más avanzada.

Figura 3:
Áreas principales de nuevos casos de cáncer* y fallecimiento entre los hispanos, cálculos para 2003†

Casos de cáncer por área y sexo

Hombres	Número	Porcentaje	Mujeres	Número	Porcentaje
Próstata	8,500	27	Seno	11,000	30
Colon y recto	3,700	12	Colon y recto	3,300	9
Pulmones y bronquios	2,300	7	Pulmones y bronquios	2,200	6
Estómago	1,400	5	Cuello uterino	2,100	6
Riñón y renal, pelvis	1,400	5	Cuerpo uterino	1,900	5
Vejiga urinaria	1,200	4	Tiroides	1,600	4
Hígado y conductos biliares intrahepáticos	1,200	4	Ovarios	1,500	4
Linfoma no Hodgkin	1,100	4	Linfoma no Hodgkin	1,300	4
Testículos	900	3	Estómago	900	2
Cerebro y otras áreas del sistema nervioso	800	3	Páncreas	900	2
TOTAL EN HOMBRES	31,100	100	TOTAL EN MUJERES	36,300	100

Fallecimientos debido al cáncer por área y sexo

Hombres	Número	Porcentaje	Mujeres	Número	Porcentaje
Pulmones y bronquios	2,600	22	Seno	1,600	16
Colon y recto	1,200	10	Pulmones y bronquios	1,300	13
Próstata	1,200	10	Colon y recto	1,100	11
Hígado y conductos biliares intrahepáticos	900	8	Páncreas	600	6
Estómago	800	7	Hígado y conductos biliares intrahepáticos	500	5
Páncreas	700	6	Estómago	500	5
Linfoma no Hodgkin	500	4	Linfoma no Hodgkin	500	5
Riñones y renal, pelvis	500	4	Ovarios	500	5
Vejiga urinaria	300	3	Cuerpo uterino	300	3
Cerebro y otras áreas del sistema nervioso	300	3	Cerebro y otras áreas del sistema nervioso	300	3
TOTAL EN HOMBRES	12,000	100	TOTAL EN MUJERES	10,100	100

* Excluye cáncer de la piel de células basales y de células escamosas y carcinomas in situ, excepto de la vejiga urinaria. Los cálculos de los casos nuevos se basan en las tasas de incidencia del programa Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales del Instituto Nacional del Cáncer, 1992-1999.

† Los cálculos se redondearon a la centena más cercana. Los cálculos de los fallecimientos se proyectaron con base en las estadísticas de mortalidad del Centro Nacional de Estadísticas de Salud, 1993-1999, que incluyeron fallecimientos de los hispanos de todos los estados excepto de Oklahoma. © American Cancer Society, Surveillance Research, 2003

Fallecimientos: Se espera que en 2003 ocurran aproximadamente 1,600 fallecimientos por cáncer del seno entre las mujeres hispanas. El cáncer del seno es la causa principal de fallecimiento por cáncer entre las mujeres hispanas (a diferencia de las mujeres blancas no hispanas, en las que el cáncer del pulmón es más común).¹⁶ La reducción media anual del 1.8% en la tasa de fallecimientos por cáncer del seno durante 1992-1999 entre las mujeres hispanas fue menor que la reducción entre las mujeres blancas no hispanas (2.6% al año).

Cáncer del colon y recto

Casos nuevos: Se espera que en 2003 aproximadamente 7,000 hombres y mujeres hispanos sean diagnosticados con cáncer del colon y recto. El cáncer colorrectal es el tercer tipo de cáncer que se diagnostica más comúnmente entre los hispanos. Durante 1992-1999 las tasas de cáncer colorrectal no cambiaron significativamente.

Fallecimientos: Se espera que en 2003 ocurran aproximadamente 2,300 fallecimientos por cáncer colorrectal entre los hispanos. El cáncer colorrectal es

la tercera causa de fallecimiento por cáncer entre las mujeres hispanas; y comparte el segundo lugar con el cáncer de la próstata como el segundo cáncer más mortal entre los hombres hispanos. Durante 1992-1999 las tasas de fallecimiento por cáncer colorrectal en hombres y mujeres hispanos disminuyó un promedio de 0.7% cada año, en comparación con la reducción anual del 1.8% en hombres y mujeres blancos no hispanos.

Cáncer del pulmón y bronquios

Casos nuevos: Se espera que en 2003 aproximadamente 4,500 hispanos sean diagnosticados con cáncer del pulmón. El cáncer del pulmón es el cuarto cáncer más comúnmente diagnosticado entre los hombres y mujeres hispanos combinados. Debido a las tasas tradicionalmente más bajas del hábito de fumar cigarrillos entre los hispanos, las tasas de cáncer del pulmón fueron aproximadamente un 50% menor que las de los no hispanos entre 1992 y 1999. Durante esos años, hubo una reducción significativa de 3.1% al año en promedio en las tasas de casos nuevos entre hombres y mujeres hispanos.⁵

Fallecimientos: En 2003 se espera que ocurran aproximadamente 3,900 fallecimientos de cáncer del pulmón entre los hispanos. El cáncer del pulmón es la causa principal de fallecimiento por cáncer entre los hombres hispanos; es el segundo entre las mujeres hispanas. De 1992 a 1999, las tasas de fallecimiento por cáncer del pulmón disminuyeron entre los hombres hispanos un promedio de 1.9% al año; mientras que las tasas de fallecimiento de las mujeres hispanas no disminuyó significativamente. La reducción de las tasas de muertes entre los hombres con mayor probabilidad se debe a la reducción del hábito de fumar durante los últimos 30 años. La reducción no fue tan notable entre las mujeres debido a que los patrones del hábito de fumar entre las mujeres son menores que entre los hombres.

Cáncer de la próstata

Casos nuevos: En 2003 se espera que 8,500 hombres hispanos sean diagnosticados con cáncer de la próstata, convirtiéndolo en el cáncer más comúnmente

diagnosticado entre los hombres hispanos. Durante 1992-1999, las tasas de cáncer de la próstata entre los hispanos fueron aproximadamente un 25% menores que las tasas entre los no hispanos. Entre los hispanos se observó una reducción media anual del 3.4%, en comparación con una reducción del 4.6% entre blancos no hispanos.

Fallecimientos: En 2003 se espera que ocurran aproximadamente 1,200 fallecimientos del cáncer de la próstata entre los hombres hispanos, convirtiéndolo al cáncer de la próstata en la segunda causa principal de fallecimientos por cáncer. Entre los hombres ocurren aproximadamente el mismo número de fallecimientos por cáncer de la próstata que por cáncer colorrectal. La tasa de fallecimiento anual durante 1992-1999 fue de 22.6 hombres por cada 100,000. La tasa de fallecimiento se redujo un 3.8% al año en promedio entre los hombres hispanos, en comparación con una reducción media anual del 3.5% entre los blancos no hispanos.

Tipos de cáncer con mayores tasas entre los hispanos

Los cánceres del estómago, hígado y cuello uterino son más comunes en los países en desarrollo, más notablemente en los países de América Central y América del Sur. En los Estados Unidos, las tasas de incidencia y de mortalidad de los cánceres de estómago, cuello uterino, hígado y vías biliares son mayores entre los hispanos que entre los blancos no hispanos, y son especialmente altas entre la primera generación de inmigrantes a Estados Unidos.^{8, 17}

Cáncer del estómago

El cáncer del estómago es más común en la mayor parte de América Central y América del Sur que en los Estados Unidos. Las dietas ricas en alimentos ahumados, carne o pescado salado y vegetales encurtidos y pocos vegetales frescos se han asociado con un mayor riesgo de padecer cáncer del estómago.¹⁸ La infección con *H. pylori*, otro factor del riesgo de cáncer del estómago, es más común entre las personas de estado socioeconómico más bajo, particularmente si viven en condiciones hacinadas o de alta densidad.¹⁹ En los Estados Unidos, las tasas de la incidencia de cáncer del

estómago son al menos un 75% más altas entre los hispanos que entre los blancos no hispanos. En 2003 aproximadamente 2,300 hispanos serán diagnosticados con cáncer del estómago, y aproximadamente 1,300 hispanos fallecerán debido a esta enfermedad.

Cáncer del hígado y de los conductos biliares intrahepáticos

El cáncer del hígado está fuertemente asociado con infecciones crónicas con el virus de la hepatitis B (VHB) o con el virus de la hepatitis C (VHC).²⁰ El VHB se puede prevenir mediante la vacunación, pero aún no existe una vacuna para el VHC. En los Estados Unidos, ahora se recomienda la administración de la vacuna contra la hepatitis B para todos los niños recién nacidos, para todos los niños menores de 18 años de edad que no se hayan vacunado, y para los adultos que pertenecen a los grupos de alto riesgo (usuarios de drogas intravenosas, personas con múltiples compañeros sexuales, trabajadores de la salud).²¹ La ingesta de alcohol y el consumo de granos contaminados con aflatoxina también son factores de riesgo.²²

Los hispanos experimentan una tasa de fallecimiento por cáncer del hígado 60 % mayor que los no hispanos.⁵ En 2003 aproximadamente 1,800 hispanos serán diagnosticados con cáncer del hígado, y aproximadamente 1,400 hispanos previamente diagnosticados fallecerán debido a esta enfermedad.

Cáncer del cuello uterino

Las mujeres en México, América Central y América del Sur tienen una tasa de incidencia y mortalidad por cáncer del cuello uterino aproximadamente tres veces mayor que la tasa de las mujeres de los Estados Unidos.⁷ Las mujeres hispanas que residen en los Estados Unidos tienen el doble de la tasa de incidencia de cáncer del cuello uterino que las mujeres blancas no hispanas.^{5, 23} Ciertas variantes del virus del papiloma humano (VPH) están asociadas con un mayor riesgo de cáncer del cuello uterino. Entre las mujeres de los Estados Unidos, aquellas que nacieron en México tienen una mayor incidencia de VPH.²⁴ Actualmente se está desarrollando una vacuna para prevenir las infecciones con el VPH.²⁵ La tasa de fallecimiento por cáncer del cuello uterino es un 40% más alta entre las mujeres hispanas que entre otros grupos.⁵ En 2003,

aproximadamente 2,100 mujeres hispanas serán diagnosticadas con cáncer del cuello uterino; también en 2003, aproximadamente 200 mujeres hispanas fallecerán debido a esta enfermedad.

Cáncer de la vesícula biliar

En el ámbito mundial, las tasas de incidencia más altas de cáncer de la vesícula biliar se encuentran entre los mexicanos americanos, y las tasas de mortalidad más altas se encuentran en América del Sur.²⁶ Entre las poblaciones con tasas elevadas, las mujeres son diagnosticadas con más frecuencia que los hombres. Un factor de riesgo importante del cáncer de la vesícula biliar son cálculos biliares crónicos, que pueden resultar de factores hereditarios que afectan la secreción de colesterol en la bilis, y esta susceptibilidad genética puede ser más común entre los hispanos. La obesidad, los factores hormonales y la dieta también pueden estar asociados con un riesgo mayor de padecer cáncer de la vesícula biliar.²⁷ En los Estados Unidos, las mujeres hispanas tienen una tasa de incidencia dos veces mayor que la tasa de las mujeres blancas no hispanas y que los hombres hispanos (Tabla 1).

Estadísticas sobre los factores de riesgo

Las variaciones en los factores de riesgo del cáncer (tales como el hábito de fumar cigarrillos) o el comportamiento ante las pruebas de detección (como pruebas de Papanicolaou para el cáncer del cuello uterino) entre los hispanos y otros grupos de la población se pueden deber a diferencias culturales o a factores socioeconómicos. Aunque reconocemos esta diversidad, el análisis de los factores de riesgo y los datos de los exámenes de detección en grupos amplios de la población nos puede ayudar a identificar necesidades de salud pública (como un mayor acceso de los hispanos a los programas para dejar de fumar) que se pueden dirigir a los grupos apropiados dentro de la población Hispánica.

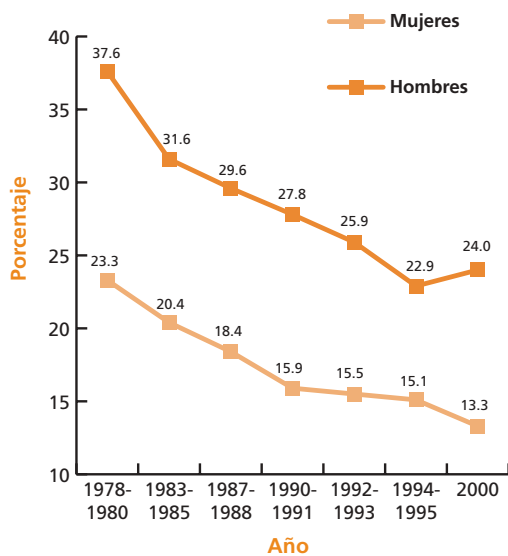
Uso de tabaco

El uso del tabaco es la causa más prevenible de fallecimiento prematuro en los Estados Unidos y es responsable de aproximadamente un 30% de todos los

fallecimientos por cáncer. La mayoría de los cánceres del pulmón, así como una gran porción de los cánceres de labio, cavidad oral, faringe, laringe, esófago, páncreas, cuello uterino, vejiga urinaria y riñón, se pueden atribuir al hábito de fumar cigarrillos.²⁸

Uso de tabaco entre los adultos: En 2001, aproximadamente un 22.8% de todos los adultos eran fumadores de cigarrillos; entre los hispanos adultos, 16.0% se identificaron como fumadores de cigarrillos.²⁹ El porcentaje de fumadores hispanos ha disminuido desde 1978 (Figura 4), aunque en los períodos más recientes se ha observado un ligero aumento entre los hombres. Para reducir aún más el uso del tabaco entre los hispanos se requiere un entendimiento de los factores culturales, étnicos y sociales. Los miembros de los grupos socioeconómicos más bajos tienen más probabilidades de fumar.³⁰ Una quinta parte de todos los hispanos vive en la pobreza, que es casi el doble de la tasa nacional de pobreza.³¹ El fumar durante el

Figura 4:
Tendencias en el porcentaje de fumadores de cigarrillos*, hispanos adultos mayores de 18 años, por sexo, EE.UU., 1978-2000



* Para 1978-1991, los fumadores de cigarrillos incluyen personas que reportaron fumar al menos 100 cigarrillos en el transcurso de su vida y que reportaron que fumaban en el momento en que se realizó la encuesta. * Para 1992-1995 y 2000, los fumadores de cigarrillos incluyen personas que reportaron fumar al menos 100 cigarrillos en el transcurso de su vida y que reportaron que fumaban todos los días o algunos días en el momento en que se realizó la encuesta.

Fuente: National Health Interview Survey, 1978-2000, National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention

American Cancer Society, Surveillance Research, 2003

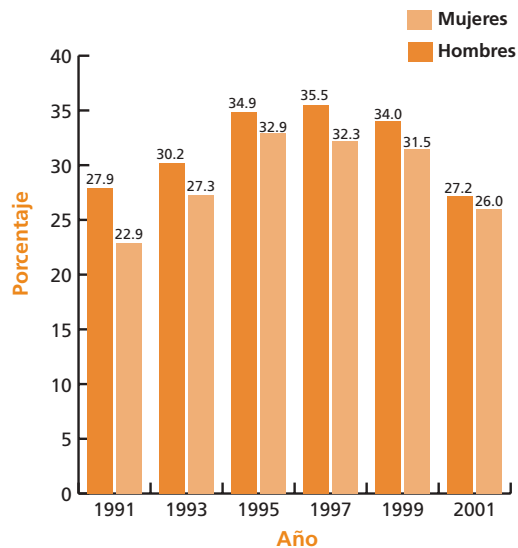
embarazo es menos frecuente entre las mujeres hispanas que entre las no hispanas; las mujeres hispanas que fumaron durante el embarazo fueron principalmente aquellas que no concluyeron la escuela secundaria.³² Los hispanos nacidos en los Estados Unidos tienen más probabilidades de fumar que los que nacieron en otros países.³³ En un esfuerzo por comercializar a las poblaciones minoritarias, las compañías de tabaco promueven y hacen propaganda de sus productos desproporcionadamente a ciertos grupos raciales/étnicos, entre ellos los hispanos, frecuentemente usando símbolos y diseños culturales.³⁴

De acuerdo con un informe del Cirujano General de 1998, los miembros de grupos raciales étnicos tienen menos probabilidades que los blancos de participar en programas para dejar de fumar o recibir el consejo de los proveedores médicos para dejar de fumar.³⁵ Para que los programas para dejar de fumar tengan éxito

entre los hispanos, deben ser apropiados al idioma, considerar los valores culturales y tomar en cuenta las presiones y dificultades sociales que enfrentan los hispanos.³⁵ Un mejor entendimiento de los sistemas de comunicación en la comunidad hispana ayudará a llevar a cabo con éxito programas de intervención.³⁶

Uso de tabaco entre los jóvenes: Se calcula que entre los adultos fumadores de cigarrillos, más del 80% comenzaron a fumar antes de cumplir los 18 años de edad.³⁷ De acuerdo con los datos del Sistema de Vigilancia de Conductas Riesgosas entre los Jóvenes (Youth Risk Behavior Surveillance System, YRBSS) de la década pasada, la proporción de estudiantes hispanos que se confiesan ser fumadores en ese momento alcanzó el máximo al 32.9% en 1995 para las mujeres y el 35.5% en 1997 para los hombres, pero luego en 2001 disminuyó al 26.0% y al 27.2% para mujeres y hombres respectivamente (Figura 5). Además, en 2001 la proporción de estudiantes que intentaron fumar cigarrillos, al menos una o dos bocanadas de humo, fue similar entre los hispanos (69.3%) y los blancos no hispanos (64.8%). Sin embargo, sólo un 7.3% de los jóvenes hispanos fumaba frecuentemente cigarrillos,

Figura 5:
Tendencias en el porcentaje de fumadores de cigarrillos*, estudiantes hispanos de la escuela secundaria, por sexo, EE.UU., 1991-2001



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

Fuente: Youth Risk Behavior Surveillance System, 1991, 1993, 1995, 1997, 1999, 2001. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention

American Cancer Society, Surveillance Research, 2003

mientras que un 17.2% de jóvenes blancos no hispanos reportó fumar frecuentemente.³⁸ Los factores que influyen los diferentes hábitos de fumar incluyen diferencias culturales básicas, así como diferencias en el poder de compra y el acceso a los cigarrillos.^{39, 40} Los hispanos que no concluyeron la escuela secundaria

tienen más probabilidades de fumar que sus contrapartes más educados.³⁵ Las adolescentes hispanas tuvieron menos probabilidades de fumar si contaban con la ventaja de una red familiar sólida e interesada en ellas.⁴¹

Tabla 2:
Definiciones de peso excesivo y obesidad, por estatura y peso corporal

Índice de masa corporal para adultos

Se usaron diferentes medidas para determinar si se considera que una persona tiene peso normal, peso excesivo o es obesa, tomando en cuenta su estatura. Una escala común es el índice de masa corporal (body mass index, BMI), o la proporción entre el peso (en kilogramos) y la estatura (en metros cuadrados). Para los adultos de 20 años y más, el peso excesivo se define como un BMI de 25.0 a 29.9 kg/m²; la obesidad se define como un BMI de 30.0 kg/m² o más.

Esta tabla relaciona el BMI con libras y pulgadas en lugar de kilogramos y metros. El BMI corresponde a la categoría de estatura (en la columna de la izquierda) y de peso (en libras) de una persona. Un adulto de 20 años o más se considera con peso excesivo u obeso si su peso cae dentro del área correspondiente en la tabla. Por ejemplo, se considera que una mujer de 5'4 tiene peso excesivo si pesa entre 145 y 173 libras. Se considera que es obesa si pesa 174 libras o más. Un hombre de 5'10 se considera con peso excesivo si pesa entre 174 y 206 libras, y se considera obeso si pesa 207 libras o más.

Altura (pies, pulgadas)	Peso Corporal	
	Sobre Peso*	Obeso†
6'4"	205	246
6'3"	200	240
6'2"	194	233
6'1"	189	227
6'0"	184	221
5'11"	179	215
5'10"	174	207
5'9"	169	203
5'8"	164	197
5'7"	159	191
5'6"	155	186
5'5"	150	180
5'4"	145	174
5'3"	141	169
5'2"	136	164
5'1"	132	158
5'0"	128	153
4'11"	124	148
4'10"	119	143

*Peso excesivo definido como índice de masa corporal (BMI) de 25-29.9 kg/m².

†Obesidad = BMI >= 30 kg/m².

American Cancer Society, Surveillance Research, 2003

Tabla 3:
Participación en actividades físicas*, adultos, por raza y sexo, Estados Unidos, 2001

	% de hispanos	% de blancos no hispanos	% de negros no hispanos
Sin actividad física recreativa			
Total	35.8	22.9	33.2
Hombres	32.5	20.5	29.1
Mujeres	38.3	24.9	38.8
Actividad física moderada†			
Total	43.6	47.9	38.8
Hombres	44.8	50.9	41.4
Mujeres	40.6	45.2	33.1
Actividad física vigorosa‡			
Total	23.9	25.0	21.2
Hombres	28.3	30.6	27.2
Mujeres	16.7	20.5	15.1

* Con base en el valor medio de los estados participantes (50 estados de los Estados Unidos, el Distrito de Columbia y Puerto Rico) con 50 o más participantes de la encuesta en un grupo racial o étnico. Los cálculos excluyen respuestas faltantes, no sabe/no está seguro, o aquellas que se rehusaron a contestar.

† Actividades (como caminatas rápidas, ciclismo, aspirar el piso o jardinería) que causaron aumentos pequeños en la tasa respiratoria o en la frecuencia cardíaca al menos 30 minutos cinco veces a la semana, O BIEN actividades (como correr, hacer ejercicios aeróbicos o trabajo arduo en el jardín) que causaron aumentos grandes en la tasa respiratoria o la frecuencia cardíaca al menos 20 minutos tres veces a la semana.

‡ Actividades (como correr, hacer ejercicios aeróbicos o trabajo arduo en el jardín) que causaron aumentos grandes en la tasa respiratoria o la frecuencia cardíaca al menos 20 minutos tres veces o más a la semana.

Fuente: Behavioral Risk Factor Surveillance System Public Use Data Tape 2001, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, 2002.

American Cancer Society, Surveillance Research, 2003

Peso excesivo, obesidad y actividad física

Peso excesivo y obesidad: Aproximadamente un 22.9% de los adultos en los Estados Unidos son obesos.²⁹ La obesidad se asocia con un mayor riesgo de padecer varias enfermedades crónicas, entre ellas cánceres del endometrio, seno, próstata y colon.^{42, 43} Las pautas federales para las definiciones de peso excesivo y de obesidad se muestran en la Tabla 2. La obesidad está aumentando entre los hispanos, particularmente entre las mujeres hispanas.⁴⁴ De acuerdo con datos auto reportados de 1997-1998, un 66.2% de los hombres hispanos y un 56.6% de las mujeres hispanas tenían peso excesivo, en comparación con un 62.7% y un 43.4% de los hombres y mujeres blancos no hispanos, respectivamente.⁴⁵

Actividad física: Los estudios han mostrado que la participación regular en una actividad física ayuda a controlar el peso del cuerpo y puede reducir el riesgo de cánceres del colon y del seno.^{42, 46, 47} En 2001, un 35.8% de los adultos hispanos no realizaron ninguna forma de actividad física de tipo recreativo, en comparación con solo un 22.9% de los adultos blancos no hispanos (Tabla 3). En 2001 entre los estudiantes hispanos de la escuela secundaria, un 68.8% de los hombres y un 52.4% de las mujeres participaron en una actividad física vigorosa tres o más días a la semana (Tabla 4).

Tabla 4: Participación en actividades físicas entre los estudiantes de la escuela secundaria hispanos y no hispanos, por sexo, EE.UU., 2001

	Hispanos	Blancos no hispanos	Negros no hispanos
Participación en actividad física vigorosa*			
Total	60.5	66.5	59.7
Hombres	68.8	73.7	72.4
Mujeres	52.4	59.8	47.8
Participación en actividad física moderada†			
Total	22.1	27.3	20.1
Hombres	25.9	29.8	23.7
Mujeres	18.5	24.7	16.5
Sin actividades físicas vigorosas ni moderadas‡			
Total	11.2	8.2	12.9
Hombres	9.3	6.2	8.4
Mujeres	13.0	10.2	16.9

* Actividades que causaron sudación y respiración acelerada durante más de 20 minutos en más de 3 días en los 7 días anteriores a la encuesta.

† Actividades que no causaron sudación ni respiración acelerada durante más de 30 minutos en más de 5 días en los 7 días anteriores a la encuesta.

‡ No participaron en actividades físicas vigorosas durante más de 20 minutos ni en actividades físicas moderadas durante más de 30 minutos en ninguno de los 7 días anteriores a la encuesta.

Fuente: Youth Risk Behavior Surveillance System, 2001, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention.⁴⁸

American Cancer Society, Surveillance Research, 2003

Uso de pruebas de detección

Las pruebas de detección pueden encontrar algunos tipos de cáncer en sus etapas tempranas, cuando con frecuencia es altamente curable. Las pruebas de detección realmente pueden prevenir la ocurrencia de algunos tipos de cáncer, mediante la identificación y extirpación de lesiones precancerosas. Las pruebas de detección pueden mejorar grandemente las probabilidades de cura, prolongar la vida, reducir el

grado de tratamiento necesario, y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

Entre los diferentes grupos raciales y étnicos, tradicionalmente las mujeres hispanas son las que menos probabilidades tienen de usar servicios preventivos tales como pruebas de Papanicolaou, mamografías y exámenes clínicos del seno.⁴⁹⁻⁵² En el pasado el uso

insuficiente de estas pruebas puede haber contribuido a una baja supervivencia de los cánceres del cuello uterino y del seno entre las mujeres hispanas. La continuación de programas de apoyo social dirigidos específicamente a las poblaciones minoritarias puede mejorar más la participación en los exámenes de detección.⁵⁰ Más aún, se necesitan mejoras en el sistema de atención médica; casi una tercera parte de todos los hispanos no tiene seguro médico,²⁹ lo que limita en gran medida su acceso a los exámenes de detección y a la atención médica.

Exámenes de detección de cánceres del seno y del cuello uterino

En una encuesta que se llevó a cabo en 2000, la frecuencia de uso de las mamografías durante los doce meses anteriores entre las mujeres hispanas de 40 años de edad y mayores fue de un 65.4%, un porcentaje mayor que en años anteriores y más cercano a las proporciones entre las mujeres blancas no hispanas (62.9%) y las mujeres negras no hispanas (66.7%) (Tabla 5). En 2001, la proporción de mujeres que se sometieron a una prueba de Papanicolaou en los últimos tres años fue de un 83.4% entre los hispanos,

en comparación con un 87.2% entre los blancos y un 88.8% entre los negros. Los obstáculos para someterse a exámenes de detección del cáncer entre los hispanos incluyen el temor al cáncer, vergüenza o una falta de conocimiento sobre el cáncer.⁵³ Sin embargo, es posible que las diferencias culturales no sean tan importantes como originalmente se pensó; la carencia de seguro médico y los bajos ingresos crean mayores obstáculos que los creados por pertenecer a un grupo étnico.⁵⁴⁻⁵⁸

Exámenes de detección de cáncer colorrectal

En 2000, el porcentaje calculado de hispanos que se estaban sometiendo a exámenes de detección de cáncer del colon era bajo. Se calculó que sólo un 15.4% se sometieron a un examen de sangre oculta en el excremento (fecal occult blood test, FOBT) durante el año anterior, en comparación con un 24.1% entre los blancos y un 21.6% entre los negros; se calculó que un 31.2% de los hispanos se sometieron a una sigmoidoscopia o a una colonoscopia en los últimos cinco años, en comparación con un 39.2% entre los blancos y un 35.3% entre los negros.

Tabla 5:
Exámenes de detección de cáncer*, adultos, según las Guías de la Sociedad Americana del Cáncer, 2000 y 2001

	% de hispanos	% de blancos no hispanos	% de negros no hispanos
Cáncer del seno, 2000			
Mamograma†	65.4	62.9	66.7
Examen clínico del seno (Clinical breast exam, CBE)‡	65.1	68.8	69.9
Mamogramas y CBE§	53.5	56.0	54.8
Cáncer del cuello uterino, 2000			
Prueba de Papanicolaou¶	83.4	87.2	88.8
Cáncer del colon y recto, 2001			
Examen de sangre oculta en el excremento#	15.4	24.1	21.6
Sigmoidoscopia flexible o colonoscopia**	31.2	39.2	35.3
Cáncer de la próstata, 2001			
Pruebas del antígeno prostático específico††	46.0	58.2	57.6
Examen digital del recto‡‡	41.4	57.4	49.5

* Con base en el valor medio de los estados participantes (50 estados de los Estados Unidos, el Distrito de Columbia y Puerto Rico) con 50 o más participantes de la encuesta en un grupo racial o étnico. Los cálculos excluyen respuestas faltantes, no sabe/no está seguro, o aquellas que se rehusaron a contestar.

† Un mamograma durante el año pasado para las mujeres de 40 años y mayores.

‡ Un examen clínico del seno durante el año pasado para las mujeres de 40 años y mayores.

§ Tanto un mamograma como un examen clínico del seno durante el año pasado para las mujeres de 40 años y mayores.

¶ Una prueba de Papanicolaou durante los últimos tres años para las mujeres de 18 años y mayores.

Un examen de sangre oculta en el excremento usando un juego de detección en casa durante el año pasado para adultos de 50 años de edad y mayores.

** Una sigmoidoscopia flexible o una colonoscopia en los últimos cinco años para adultos de 50 años y mayores.

†† Una prueba del antígeno prostático específico durante el año pasado para hombres de 50 años y mayores.

‡‡ Un examen digital del recto durante el año pasado para hombres de 50 años y mayores.

Fuente: Behavioral Risk Factor Surveillance System Public Use Data File 2000, 2001, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, 2001, 2002

American Cancer Society, Surveillance Research, 2003

Guías de detección

Para la detección temprana de cáncer en personas asintomáticas

Área	Recomendación
Seno	<ul style="list-style-type: none">• Se recomiendan mamogramas anuales comenzando a los 40 años y continuando por tanto tiempo como una mujer se encuentre en buena salud.• Los exámenes clínicos del seno deben formar parte de un examen físico periódico, aproximadamente cada tres años para las mujeres entre los 20 y los 39 años y cada año para las mujeres de 40 años y más.• Las mujeres deben saber cómo se sienten sus senos normalmente y reportar inmediatamente a sus proveedores médicos cualquier cambio que observen. El auto examen del seno es una opción para las mujeres después de cumplir 20 años de edad.• Las mujeres con mayor riesgo (por ejemplo, con antecedentes familiares, tendencia genética, cáncer del seno anteriormente) deben hablar con su médico sobre las ventajas y limitaciones de comenzar a hacerse mamografías de detección antes, someterse a pruebas adicionales (por ejemplo, ultrasonido e IRM del seno), o someterse a exámenes más frecuentemente.
Exámenes del colon y recto	<p>A partir de los 50 años de edad, tanto hombres como mujeres deben seguir uno de los siguientes programas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un examen de sangre oculta en el excremento (occult blood test, FOBT) cada año• Una sigmoidoscopia flexible (flexible sigmoidoscopy, FSIG) cada cinco años• Un examen anual de sangre oculta en el excremento más sigmoidoscopia flexible cada 5 años*• Un enema de bario con doble contraste cada cinco años;• Colonoscopia cada 10 años <p><i>*Se prefiere la prueba combinada a la FOBT anual o la FSIG sola cada cinco años. Las personas con riesgo de moderado a alto de cáncer colorrectal deben hablar con un médico acerca de un programa diferente de pruebas.</i></p>
Exámenes de la próstata	<p>La prueba del antígeno prostático específico (Prostate-specific antigen, PSA) y el examen digital del recto se deben ofrecer anualmente a partir de los 50 años de edad, a los hombres que tienen una expectativa de vida de al menos 10 años. Los hombres con alto riesgo (hombres africanos americanos y hombres con antecedentes familiares significativos de uno o más familiares de primer grado a quienes se les haya diagnosticado cáncer de la próstata a una edad temprana) deben comenzar a hacerse pruebas a los 45 años. A los hombres con riesgo medio y con riesgo alto, se debe proporcionar información sobre lo que se sabe y sobre lo que no se tiene certeza acerca de los beneficios y limitaciones de la detección temprana y el tratamiento del cáncer de la próstata para que puedan tomar una decisión informada sobre los exámenes.</p>
Exámenes del útero	<p>Cuello uterino: Los exámenes de detección deben comenzar aproximadamente a los tres años después de que una mujer comience a tener relaciones sexuales por vía vaginal, pero a más tardar a los 21 años de edad. El examen se debe hacer cada año junto con las pruebas de Papanicolaou regulares o cada dos años usando pruebas a base de líquido. A los 30 años o después, las mujeres que han tenido tres resultados normales consecutivos en las pruebas pueden someterse a exámenes cada 2 a 3 años. Sin embargo, los médicos pueden sugerir que una mujer se someta a exámenes con más frecuencia si tiene ciertos factores de riesgo, como una infección con el VIH o un sistema inmunitario débil. Las mujeres de 70 años y más que hayan tenido tres o más pruebas de Papanicolaou normales consecutivamente en los últimos 10 años pueden optar por suspender los exámenes de detección de cáncer del cuello uterino. Los exámenes después de una histerectomía total (con la extirpación del cuello uterino) no son necesarios a menos que la cirugía se haya hecho como tratamiento para cáncer del cuello uterino.</p> <p>Exámenes del endometrio: La Sociedad Americana del Cáncer recomienda que se debe informar a todas las mujeres sobre los riesgos y los síntomas de cáncer endometrial, y se les recomienda enfáticamente que reporten a su médico cualquier sangrado o liberación de gotas de sangre inesperado. Se debe ofrecer a las mujeres con cáncer del colon sin poliposis hereditario (CCSPH), o a aquellas que corran el riesgo de padecerlo, que se sometan a exámenes anuales de detección de cáncer endometrial con una biopsia endometrial a partir de los 35 años de edad.</p>
Exámenes médicos relacionados con el cáncer	<p>Para las personas que se someten a exámenes médicos periódicos, un examen médico relacionado con el cáncer debe incluir asesoramiento sobre salud, y dependiendo de la edad de la persona, puede incluir exámenes de detección de cánceres de la tiroides, cavidad oral, piel, ganglios linfáticos, testículos y ovarios, así como de algunas enfermedades no malignas.</p>

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

©2003, American Cancer Society, Inc.

Fuentes de las estadísticas

Casos nuevos de cáncer (incidencia): Las cifras estimadas de casos nuevos de cáncer en los Estados Unidos entre los hispanos para 2003 se calcularon ajustando los números calculados de cáncer que ocurrieron cada año en los Estados Unidos de 1992 a 1999 a un modelo de pronóstico estadístico. Las cifras de los casos en los Estados Unidos de 1992 a 1999 se calcularon usando la incidencia de cáncer en regiones de los Estados Unidos incluidas en el programa Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (Surveillance, Epidemiology, and End Results, SEER) del Instituto Nacional del Cáncer, y los datos de población recopilados por la Oficina del Censo de los Estados Unidos (US Bureau of the Census).

Tasas de incidencia: Las tasas de incidencia se definen como el número de personas por cada 100,000 habitantes que desarrollan la enfermedad durante un período determinado de tiempo. Los datos de incidencia para el reporte fueron recopilados por el programa SEER junto con los datos de población recopilados por la Oficina del Censo de los Estados Unidos. Todas las tasas de incidencia en esta publicación se ajustaron a la edad de la población estándar de los Estados Unidos en 2000.

Fallecimientos por cáncer: Las cifras de fallecimientos por cáncer en los Estados Unidos entre los hispanos en 2003 se calcularon ajustando el número de fallecimientos por cáncer de 1993 a 1999 a un modelo de pronóstico estadístico. Los datos sobre el número de fallecimientos se obtuvieron del Centro Nacional de Estadísticas de Salud (National Center for Health Statistics, NCHS) de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades.

Tasas de fallecimiento: Las tasas de fallecimiento se definen como el número de personas por cada 100,000 habitantes que fallecen de una enfermedad durante un período determinado de tiempo. Las tasas de fallecimiento fueron reportadas por el programa SEER usando datos sobre los fallecimientos por cáncer del Centro Nacional de Estadísticas de Salud junto con los datos de población de la Oficina del Censo de los Estados Unidos. Todas las tasas de fallecimiento en esta publicación se ajustaron a la edad de la población estándar de los Estados Unidos en 2000.

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo relacionados con el Comportamiento (Behavioral Risk Factor Surveillance System, BRFSS): El BRFSS es una encuesta anual de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades, el Centro Nacional de Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion) y se ha realizado desde 1984. La encuesta está diseñada para proporcionar cálculos de frecuencia de factores de riesgo relacionados con el comportamiento, como el hábito de fumar, en el ámbito estatal. Los datos se recopilan mensualmente mediante entrevistas telefónicas asistidas por computadora a adultos de 18 años de edad o más que viven en hogares en estados o territorios de los Estados Unidos.

Encuesta Nacional de Entrevistas sobre Salud (National Health Interview Survey, NHIS): La NHIS es una entrevista anual del Centro Nacional de Estadísticas sobre Salud de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades, y se ha estado realizando desde 1957. La encuesta está diseñada para proporcionar cálculos de frecuencia en el ámbito nacional sobre las características personales, socioeconómicas, demográficas y de salud de los adultos de los Estados Unidos. Los datos se recopilan a través de entrevistas personales asistidas por computadora a adultos de 18 años de edad y mayores que viven en los hogares de los Estados Unidos.

Sistema de Vigilancia de Conductas Riesgosas entre los Jóvenes (Youth Risk Behavior Surveillance System, YRBSS): El YRBSS es una encuesta bianual de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades, el Centro Nacional de Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud y se ha realizado desde 1991. La encuesta está diseñada para proporcionar cálculos de frecuencia en los ámbitos nacional, estatal y local sobre comportamientos que provocan riesgos a la salud entre los jóvenes y los adultos jóvenes que asisten a escuelas secundarias públicas y privadas. Los datos se recopilan a través de un cuestionario auto administrado, que se completa durante el período requerido de la clase o materia.

Ajuste de la edad al estándar del año 2000

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

Comenzando con este ejemplar de *Datos y Estadísticas del Cáncer en los Hispanos/Latinos 2003-2005*, usamos el censo más reciente de los Estados Unidos (2000) como la línea de referencia para nuestro ajuste de

edad. Esto es un cambio respecto a los ejemplares anteriores y otras estadísticas que hemos publicado. Antes nuestras estadísticas se basaban en el censo de 1970. Este cambio sigue a las agencias federales que publican estadísticas. El cambio también requerirá la repetición del cálculo de las tasas ajustadas a la edad de años anteriores para permitir una comparación válida entre los años pasados y los actuales.

El impacto de este cambio en la tasa de un cáncer en particular variará dependiendo de las edades a las cuales generalmente ocurra ese cáncer en particular. Para todos los cánceres combinados, la tasa de incidencia media anual ajustada a la edad para 1995-1999 aumentará aproximadamente un 20% cuando se ajuste al estándar del año 2000 en comparación con el estándar del año 1970. Por ejemplo, la incidencia del cáncer del colon, que ocurre principalmente en los grupos de edades mayores aumentará hasta un 25 % usando el estándar del año 2000. Este cambio es el resultado de un incremento en la representación de edades mayores en el estándar del año 2000 en comparación con el estándar del año 1970.

El objetivo de cambiar al estándar del año 2000 es reflejar más exactamente las tasas contemporáneas de incidencia y mortalidad, considerando el envejecimiento de la población de los Estados Unidos. En promedio, los estadounidenses viven más debido a la reducción de enfermedades infecciosas y cardiovasculares. Nuestra esperanza de vida más prolongada nos está permitiendo llegar a la edad en la que el cáncer y otras enfermedades crónicas se vuelven más comunes. El uso del estándar del año 2000 para el ajuste de edades en lugar del estándar de 1970, permite que las tasas ajustadas a la edad se acerquen más a la tasa real no ajustada de la población.



Referencias

1. Greico EM, Cassidy RC. Overview of race and Hispanic origin (Panorama General de la Raza y el Origen Hispano). *US Census Bureau*. Marzo de 2001.
2. US Bureau of the Census, Current Population Reports, Series P23-194. *Population profile of the United States* (Oficina del Censo de los Estados Unidos, Informes de la Población Actual, Serie P23-194. Perfil de la Población de los Estados Unidos): 1997. US Government Printing Office, Washington, DC, 1998.
3. Therrien M, Ramirez RR. The Hispanic population in the United States (La Población Hispana en los Estados Unidos). *US Census Bureau*. Marzo de 2001.
4. Anderson R. Deaths: Leading causes for 2000. National statistics vital reports (Fallecimientos: Principales Causas en 2000. Informes Vitales de Estadísticas Nacionales). Vol. 50. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2002.
5. Ries LAG, Eisner MP, Kosary CL, et al. (eds). *SEER Cancer Statistics Review, 1973-1999* (Revisión de las Estadísticas del Cáncer SEER, 1973-1999). National Cancer Institute, Bethesda, MD, http://seer.cancer.gov/1973_1999, 2002.
6. Jemal A, Murray T, Samuels A, Ghafoor A, Ward E, Thun M. Cancer Statistics, 2003 (Estadísticas del Cáncer, 2003). *CA Cancer J Clin* 2003; 52:23-47.
7. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2000: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, Version 1.0 (Incidencia, Mortalidad y Frecuencia Mundial del Cáncer, Versión 1.0.). IARC CancerBase No. 5, Lyon, IARCPress, 2001.
8. Thomas DB, Karagas MR. Cancer in first and second generation Americans (Cáncer en los estadounidenses de la primera y segunda generaciones). *Cancer Res* 1987; 47:5771-5776.
9. Chao A, Gilliland FD, Hunt WC, Bulterys M, Becker TM, Key CR. Increasing incidence of colon and rectal cancer among Hispanics and American Indians in New Mexico (United States), 1969-94 (Aumento de la Incidencia de Cáncer del Colon y Recto entre los Hispanos y Nativos Americanos de Nuevo México (Estados Unidos), 1969-94). *Cancer Causes Control* 1998; 9:137-144.
10. Wilkinson JD, Wohler-Torres B, Trapido E, et al. Cancer trends among Hispanic men in South Florida, 1981-1998 (Tendencias del Cáncer entre los Hombres Hispanos del Sur de Florida, 1981-1998). *Cancer* 2002; 94:1183-1190.
11. Zaloznik AJ. Breast cancer stage at diagnosis: Caucasians versus Hispanics (Etapa del Cáncer del Seno a la Diagnósis. Caucásicos contra Hispanos). *Breast Cancer Res Treat* 1997; 42:121-124.
12. Bentley JR, Delfino RJ, Taylor TH, Howe S, Anton-Culver H. Differences in breast cancer stage at diagnosis between non-Hispanic white and Hispanic populations, San Diego County 1988-1993 (Diferencias en la Etapa del Cáncer del Seno a la Diagnósis entre las Poblaciones de Blancos no Hispanos e Hispanos, Condado de San Diego 1988-1993). *Breast Cancer Res Treat* 1998; 50:1-9.
13. Hunter CP. Epidemiology, stage at diagnosis, and tumor biology of breast carcinoma in multiracial and multiethnic populations (Epidemiología, Etapa a la Diagnósis y Biología del Tumor en Carcinoma del Seno en Poblaciones Multirraciales y Multiétnicas). *Cancer* 2000; 88:1193-1202.



14. Hedeem AN, White E. Breast cancer size and stage in Hispanic American women, by birthplace (Tamaño y Etapa del Cáncer del Seno en Mujeres Hispanas Americanas, por Lugar de Nacimiento): 1992-1995. *Am J Pub Health* 2001; 91:122-125.
15. Menck HR, Mills PK. The influence of urbanization, age, ethnicity, and income on the early diagnosis of breast carcinoma (La Influencia de la Urbanización, Edad, Grupo Étnico e Ingresos en el Diagnóstico Temprano del Carcinoma del Seno). *Cancer* 2001; 92:1299-1304.
16. Sociedad Americana del Cáncer. *Cancer Facts & Figures 2002* (Hechos y Cifras sobre el Cáncer 2002). Sociedad Americana del Cáncer, Atlanta, GA, 2002.
17. Canto MT, Chu KC. Annual cancer incidence rates for Hispanics in the United States (Tasas Anuales de Incidencia del Cáncer entre los Hispanos en los Estados Unidos). *Cancer* 2000; 88:2642-2652.
18. Alexander H, Kelsen D, Tepper J. Cancer of the Stomach (Cáncer del Estómago). En: DeVita V, Hellman S, Rosenberg S, eds. *Cancer: Principles and Practice of Oncology* (Cáncer: Principios y Práctica de Oncología), Quinta Edición. Filadelfia: Lippincott-Raven Publishers, 1997.
19. Brown LM. Helicobacter pylori: epidemiology and routes of transmission (Helicobacter pylori: Epidemiología y Rutas de Transmisión). *Epidemiol Rev* 2000; 22:283-297.
20. Donato F, Boffetta P, Puoti M. A meta-analysis of epidemiological studies on the combined effect of hepatitis B and C virus infections in causing hepatocellular carcinoma (Un Meta-análisis de los Estudios Epidemiológicos sobre el Efecto Combinado de las Infecciones por el Virus de las Hepatitis B y C como causa del Carcinoma Hepatocelular). *Int J Cancer* 1998; 75:347-354.

21. Centers for Disease Control and Prevention. Achievements in public health: Hepatitis B vaccination - United States, 1982-2002 (Logros en Salud Pública: Vacunación contra la Hepatitis B, Estados Unidos, 1982-2002). *Morb Mortal Wkly Rep* 2002; 51:549-552.
22. Carr B, Flickinger J, Lotze M. Hepatobiliary cancers (Cánceres Hepatobiliares). En: DeVita V, Hellman S, Rosenberg S, eds. *Cancer principles and practice of oncology, Fifth Edition* (Cáncer: Principios y Práctica de Oncología, Quinta Edición). Filadelfia, PA: Lippincott-Raven Publishers, 1997.
23. Centers for Disease Control. Invasive cervical cancer among Hispanic and non-Hispanic women - United States, 1992-1999 (Cáncer Invasivo del Cuello Uterino entre Mujeres Hispánicas y no Hispánicas, Estados Unidos, 1992-1999). *Morb Mortal Wkly Rep* 2002; 51:1067-1070.
24. Giuliano AR, Papenfuss M, Schneider A, Nour M, Hatch K. Risk factors for high-risk type human papillomavirus infection among Mexican-American women (Factores de Riesgo de Infecciones con el Papilomavirus Humano de Alto Riesgo entre las Mujeres Mexicano Americanas). *Cancer Epidemiol Biomark Prev* 1999; 8:615-620.
25. Koutsky LA, Ault KA, Wheeler CM, et al. A controlled trial of a human papillomavirus type 16 vaccine (Un Ensayo Controlado sobre una Vacuna contra el Papilomavirus Humano Tipo 16). *N Engl J Med* 2002; 347:1645-1651.
26. Lazcano-Ponce EC, Miquel JF, Munoz N, et al. Epidemiology and molecular pathology of gallbladder cancer (Epidemiología y Patología Molecular del Cáncer de la Vesícula Biliar). *CA Cancer J Clin* 2001; 51:349-364.
27. Fraumeni JF, Devesa SS, McLaughlin JK, Stanford JL. *Biliary tract cancer* (Cáncer de las Vías Biliares). En: *Cancer Epidemiology and Prevention* (Epidemiología y Prevención del Cáncer) (Schottenfeld D, Fraumeni JF, eds). Nueva York: Oxford University Press; 1996.
28. Centers for Disease Control and Prevention. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs - United States, 1995-1999 (Mortalidad Anual Atribuible al Hábito de Fumar, Años de Posible Pérdida de Vidas y Costos Económicos, Estados Unidos, 1995-1999). *Morb Mortal Wkly Rep* 2002; 51:300-303.
29. National Center for Health Statistics, National Health Interview Survey, 2001.
30. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults - United States, 2000 (El Hábito de Fumar Cigarrillos entre los Adultos, Estados Unidos, 2000). *Morb Mortal Wkly Rep* 2002; 51:642-645.
31. Dalaker J, US Census Bureau, Informes Actuales sobre la Población. *Poverty in the United States* (La Pobreza en los Estados Unidos): 2000. US Government Printing Office, Washington, DC, 2001.
32. Matthews TJ, Division of Vital Statistics. Smoking during pregnancy in the 1990s (El Hábito de Fumar durante el Embarazo en la Década de los Noventa). *National Vital Statistics Reports* Vol. 49, 2001.
33. Pérez-Stable EJ, Ramirez A, Villareal R, Talavera GA, Trapido E, Suarez L, Marti J, McAlister A. Cigarette smoking behavior among US Latino men and women from different countries of origin (Comportamiento Relacionado con el Hábito de Fumar entre los Hombres y Mujeres Latinos en los Estados Unidos provenientes de varios países). *Am J Public Health* 2001; 91:1424-1430.
34. US Department of Health and Human Services. *Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General* (Reducción del Uso del Tabaco: Un Informe del Cirujano General). US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, GA, 2000.
35. US Department of Health and Human Services. *Tobacco Use Among Racial/Ethnic Groups - African Americans, American Indian and Alaska Natives, Asian Americans and Pacific Islanders, and Hispanics: Report of the Surgeon General* (Uso del Tabaco entre Grupos Raciales/Étnicos: Africano Americanos, Nativos Americanos y Nativos de Alaska, Asiáticos Americanos e Isleños del Pacífico, e Hispanos: Un Informe del Cirujano General). US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, 1998.
36. Baezconde-Garbanati L, Garbanati J. Tailoring tobacco control messages for Hispanic populations (Adaptación de los Mensajes de Control del Tabaco para las Poblaciones Hispánicas). *Tobacco Control* 2000; 9 (Suppl 1):i51.
37. US Department of Health and Human Services. *Preventing Tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General* (Prevención del Uso del Tabaco entre los Jóvenes: Un Informe del Cirujano General). US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, GA, 1994.
38. Centers for Disease Control. Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2001 (Vigilancia de Conductas Riesgosas entre los Jóvenes, Estados Unidos, 2001). *Morb Mortal Wkly Rep* 2002; 51 (SS04):1-64.
39. Marin G, Perez-Stable EJ. Effectiveness of disseminating culturally appropriate smoking-cessation information: Programa Latino Para Dejar de Fumar (Eficacia en la Diseminación de Información Culturalmente Apropiada para Dejar de Fumar: Programa Latino Para Dejar de Fumar). *Monogr Natl Cancer Inst* 1995; 18:155-163.
40. Centers for Disease Control and Prevention. Response to increases in cigarette prices by race/ethnicity, income, and age groups, United States, 1976-1993 (Respuesta al Aumento de los Precios de los Cigarrillos por Grupo de Raza/Grupo Étnico, Ingresos y Edad). *Morb Mortal Wkly Rep* 1998; 47:605-609.
41. Otero-Sabogal R, Sabogal F, Perez-Stable EJ. Psychosocial correlates of smoking among immigrant Latina adolescents (Correlación Psicosocial del Hábito de Fumar entre las Adolescentes Latinas Inmigrantes). *Monogr Natl Cancer Inst* 1995; 18:65-71.
42. International Agency for Research on Cancer. *IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol 6. Weight Control and Physical Activity* (Control del Peso y Actividad Física). Lyon, Francia: IARCPress; 2002.
43. Wenten M, Gilliland FD, Baumgartner K, Samet JM. Associations of weight, weight change, and body mass with breast cancer risk in Hispanic and non-Hispanic white women (Asociaciones entre el Peso, Cambio de Peso y Masa Corporal con el Riesgo de Cáncer del Seno entre las Mujeres Hispánicas y las no Hispánicas). *Ann Epidemiol* 2002; 12:435.
44. National Center for Health Statistics. *Healthy People 2000 Final Review*. Public Health Service, Hyattsville, MD, 2001.

45. Schoenborn CA, Adams PF, Barnes PM. Body weight status of adults: United States, 1997-98 (Estado del Peso Corporal de los Adultos: Estados Unidos, 1997-98). *Advance Data from Vital and Health Statistics* 2002; 330.
46. US Department of Health and Human Services. *Physical Activity and Health: Report of the Surgeon General* (Actividad Física y Salud: Un Informe del Cirujano General). US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Atlanta, GA, 1996.
47. Gilliland F, Li Y, Baumgartner K, Crumley D, Samet J. Physical activity and breast cancer risk in Hispanic and non-Hispanic white women (Actividad Física y Riesgo de Cáncer del Seno entre las Mujeres Hispanas y Blancas no Hispanas). *Am J Epidemiol* 2001; 154:442-450.
48. Centers for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2001 (Vigilancia de Conductas Riesgosas entre los Jóvenes, Estados Unidos, 2001). *Morb Mortal Wkly Rep CDC Surv Summaries* 2002; 51 (ss-4).
49. Hubbell FA, Mishra SI, Chavez LR, Valdez RB, Burciaga R. The influence of knowledge and attitudes about breast cancer on mammography use among Latinas and Anglo women (La Influencia del Conocimiento y las Actitudes sobre el Cáncer del Seno en el Uso de Mamografías entre las Mujeres Latinas y Anglosajonas). *J Gen Intern Med* 1997; 12:505-508.
50. Gotay CC, Wilson ME. Social support and cancer screening in African American, Hispanic, and Native American women (Apoyo Social y Exámenes de Detección de Cáncer entre las Mujeres Africano Americanas, Hispanas y Nativas Americanas.) *Cancer Practice* 1998; 6:31-37.
51. Skaer TL, Robison LM, Sclar DA, Harding GH. Breast cancer mortality declining but screening among subpopulations lags (La Mortalidad por Cáncer del Seno Disminuye, pero los Exámenes de Detección entre las Subpoblaciones se quedan atrás). *Am J Pub Health* 1998; 88:307-308.
52. Zambrana RE, Breen N, Fox SA, Guitierrez-Mohamed ML. Use of cancer screening practices by Hispanic women: analyses by subgroup (Uso de Prácticas de Detección del Cáncer por las Mujeres Hispanas: Análisis por Sub-Grupo). *Prevent Med* 1999; 29:466-477.
53. Austin L, Ahmad F, McNally MJ, Stewart DE. Breast and cervical cancer screening in Hispanic women: a literature review using the health belief model (Exámenes de Detección de Cánceres del Seno y del Cuello Uterino en Mujeres Hispanas: Una revisión de la Literatura usando el Modelo de Creencia de Salud). *Womens Health Issues* 2002; 12:122-128.
54. Qureshi M, Thacker HL, Litaker DG, Kippes C. Differences in breast cancer screening rates: an issue of ethnicity or socioeconomic? (Diferencias en las Tasas de Exámenes de Detección del Cáncer del Seno: ¿Un Problema de Grupos Étnicos o un Problema Socioeconómico?) *J Womens Health Gend Based Med* 2000; 9:1025-1031.
55. Puschel K, Thompson B, Coronado GD, Lopez LC, Kimball AM. Factors related to cancer screening in Hispanics: a comparison of the perceptions of Hispanic community members, health care providers, and representatives of organizations that serve Hispanics (Factores Relacionados con los Exámenes de Detección de Cáncer entre los Hispanos: Una comparación de las Percepciones de los Miembros de la Comunidad Hispana, Proveedores Médicos y Representantes de Organizaciones que sirven a los Hispanos). *Health Educ Behav* 2001; 28:573-590.
56. Jacobs EA, Lauderdale DS. Receipt of cancer screening procedures among Hispanic and non-Hispanic health maintenance organization members (Recibo de Procedimientos de Detección del Cáncer entre los Miembros de las Organizaciones de Mantenimiento de la Salud Hispanas y no Hispanas). *Cancer* 2001; 91:257-61.
57. Wu ZH, Black SA, Markides KS. Prevalence and associated factors of cancer screening: Why are so many older Mexican American women never screened? (Frecuencia y Factores Asociados de los Exámenes de Detección del Cáncer: ¿Por qué tantas Mujeres Mexicanas Americanas de Edad Mayor Nunca se Hacen Exámenes de Detección?) *Prev Med* 2001; 33:268-273.
58. Coughlin SS, Uhler RJ. Breast and cervical cancer screening practices among Hispanic women in the United States and Puerto Rico, 1998-1999 (Prácticas de Detección de Cánceres del Seno y del Cuello Uterino entre las Mujeres Hispanas en los Estados Unidos y Puerto Rico). *Prev Med* 2002; 34:242-251.

Divisiones registradas de la American Cancer Society, Inc

California Division, Inc.

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

Eastern Division, Inc.

(LI, NJ, NYC, NYS, Queens, Westchester)
6725 Lyons Street
East Syracuse, NY 13057
(315) 437-7025 (O)
(315) 437-0540 (F)

Florida Division, Inc.

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

Puerto Rico, Inc.

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

Great Lakes Division, Inc.

(MI, IN)
1755 Abbey Road
East Lansing, MI 48823-1907
(517) 332-2222 (O)
(517) 333-4656 (F)

Heartland Division, Inc.

(KS, MO, NE, OK)
1100 Pennsylvania Avenue
Kansas City, MO 64105
(816) 842-7111 (O)
(816) 842-8828 (F)

Illinois Division, Inc.

77 East Monroe Street
Chicago, IL 60603-5795
(312) 641-6150 (O)
(312) 641-3533 (F)

Mid-Atlantic Division, Inc.

(DC, DE, MD, VA, WV)
8219 Town Center Drive
Baltimore, MD 21236-0026
(410) 931-6850 (O)
(410) 931-6875 (F)

Mid-South Division, Inc.

(AL, AR, KY, LA, MS, TN)
1100 Ireland Way
Suite 300
Birmingham, AL 35205-7014
(205) 930-8860 (O)
(205) 930-8877 (F)

Midwest Division, Inc.

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

New England Division, Inc.

(CT, ME, MA, NH, RI, VT)
30 Speen Street
Framingham, MA 01701-1800
(508) 270-4600 (O)
(508) 270-4699 (F)

Northwest Division, Inc.

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

Ohio Division, Inc.

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

Pennsylvania Division, Inc.

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

Rocky Mountain Division, Inc.

(CO, ID, ND, UT, WY)
2255 South Oneida
Denver, CO 80224
(303) 758-2030 (O)
(303) 758-7006 (F)

Southeast Division, Inc.

(GA, NC, SC)
2200 Lake Boulevard
Atlanta, GA 30319
(404) 816-7800 (O)
(404) 816-9443 (F)

Southwest Division, Inc.

(AZ, NM, NV)
2929 East Thomas Road
Phoenix, AZ 85016
(602) 224-0524 (O)
(602) 381-3096 (F)

Texas Division, Inc.

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

Hawaii Pacific, Inc.

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

La Sociedad Americana del Cáncer es la organización nacional de la salud que, basada en el servicio comunitario y voluntario, se dedica, mediante la investigación, educación, defensa de su causa y prestación de servicios, a prevenir el cáncer, salvar vidas y reducir el sufrimiento causado por el cáncer a fin de eliminarlo como uno de los principales problemas de salud.

Si desea más información, comuníquese con nosotros en cualquier momento, día y noche, al teléfono 1-800-227-2345 o visítenos en www.cancer.org.



**American
Cancer
Society®**

**Sociedad Americana
del Cáncer®**

1.800.227.2345
www.cancer.org

Esperanza.Progreso.Respuestas.®