

Resumen del artículo: Informe Anual a la Nación sobre el Estado del Cáncer, 1975-2008, con información sobre los cánceres asociados al sobrepeso y a la falta de actividad física adecuada: Preguntas y respuestas

Revisado el 28 de junio de 2012 • Modificado el 31 de marzo de 2011 • Archivado el 27 de mayo de 2015

Puntos importantes

- Las tasas de mortalidad general por cáncer han seguido disminuyendo desde principios de la década de los noventa en hombres, mujeres y niños. Las tasas de mortalidad se redujeron en promedio un 1.6 por ciento anual entre el 2004 y el 2008. (Pregunta 8)
- Entre el 2004 y el 2008 las tasas de incidencia de todos los cánceres en conjunto disminuyeron 0.6 por ciento anual en los hombres y se estabilizaron en las mujeres. (Pregunta 5)
- El exceso de peso y la falta de actividad física adecuada son causas importantes y prevenibles de cáncer en los Estados Unidos y otras naciones industrializadas. (Pregunta 12)

Preguntas

1. [¿Qué propósito tiene este informe y quién lo elaboró?](#)
2. [¿Cuáles son las fuentes de la información?](#)
3. [¿Cuáles periodos de reporte se escogieron como enfoque principal de este informe?](#)
4. [¿Qué información se detalla en la sección especial del informe de este año?](#)
5. [¿Qué está ocurriendo con las tendencias generales de incidencia del cáncer?](#)
6. [¿Qué está pasando con las tendencias de la incidencia a largo plazo de los 15 cánceres principales?](#)
7. [¿Qué está ocurriendo con las tendencias de incidencia del cáncer de mama?](#)
8. [¿Qué está ocurriendo con las tendencias generales de mortalidad por cáncer?](#)
9. [¿Qué está pasando con las tasas de mortalidad en los 15 cánceres principales en hombres y mujeres?](#)
10. [Si las tasas de mortalidad por cáncer continúan disminuyendo, ¿eso significa que el número de personas que mueren por cáncer también continuará disminuyendo?](#)
11. [¿Qué está pasando con las tasas de cánceres infantiles?](#)
12. [¿Cuál es la importancia del exceso de peso y la falta de actividad física adecuada en lo relacionado al cáncer?](#)
13. [¿Cuáles cánceres están asociados al exceso de peso y a la falta de actividad física adecuada?](#)
14. [¿Qué se conoce sobre la relación entre la obesidad y el cáncer de mama?](#)
15. [¿Qué está pasando con las tasas de incidencia de cánceres asociados al exceso de peso y a la falta de actividad física adecuada?](#)
16. [¿Cuáles son las recomendaciones de peso y de actividad física para niños y adultos?](#)
17. [¿Por qué hay disparidades en cuanto a las tasas de prevalencia de la obesidad en todo el país?](#)
18. [¿Qué se está haciendo para abordar las disparidades con respecto a la obesidad?](#)
19. [¿Cuál es la carga económica que se atribuye al exceso de peso y a la falta de actividad física adecuada?](#)
20. [¿Cuál es el resumen de la evidencia que vincula a la obesidad, la inactividad física y el cáncer?](#)
21. [¿Cómo se presentan las tasas de incidencia y de mortalidad por cáncer?](#)
22. [¿Qué es el cambio porcentual anual o APC?](#)
23. [¿Qué es el cambio porcentual anual promedio o AAPC?](#)
24. [¿Por qué se ajustaron las tasas por retrasos en reportes de datos de incidencia al SEER?](#)
25. [¿Qué es el análisis de regresión de puntos de inflexión y cómo tiene en cuenta los diferentes periodos de tiempo usados en los análisis de tendencias en este informe?](#)
26. [¿Qué otros temas de información se deben considerar?](#)
27. [¿Dónde se publica este informe?](#)
28. [¿Dónde puedo encontrar más información sobre este informe?](#)

Resumen

1. ¿Qué propósito tiene este informe y quién lo elaboró?

Este informe ofrece una actualización regular sobre las tasas de incidencia (nuevos casos) y de mortalidad (muertes) y sus tendencias en los Estados Unidos. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la Sociedad Americana del Cáncer, el Instituto Nacional del Cáncer (que forma parte de los Institutos Nacionales de Salud) y la Asociación Norteamericana de Registros Centrales del Cáncer han colaborado desde 1998 para elaborar el Informe Anual a la Nación sobre el Estado del Cáncer.

La sección especial del informe de este año destaca el aumento en el riesgo de cáncer asociado al exceso de peso y la falta de actividad física adecuada, al tiempo que enfatiza la importancia de fomentar un peso saludable y la actividad física suficiente para reducir la carga del cáncer en los Estados Unidos.

2. ¿Cuáles son las fuentes de la información?

La información sobre la mortalidad por cáncer en los Estados Unidos se basa en las causas de muerte que reportan los médicos en las actas de defunción y que documentan las oficinas de estadísticas demográficas de los estados. Los CDC procesan y consolidan la información sobre mortalidad en una base nacional de datos a través del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales, que tiene una cobertura para todo el país.

La información sobre los nuevos casos diagnosticados de cáncer en los Estados Unidos se basa en los datos recopilados por los registros del Programa Nacional de Registros del Cáncer de los CDC (NPCR) y el Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER) del Instituto Nacional del Cáncer (NCI). La Asociación Norteamericana de Registros Centrales del Cáncer (NAACCR) evalúa anualmente los datos de los registros en ambos programas y brinda datos combinados para este análisis.

Las tendencias a largo plazo (1992 al 2008) para todas las razas de todas las localizaciones del cáncer en conjunto y para los 15 tipos de cáncer más comunes se basaron en los datos de incidencia del SEER, que cubre aproximadamente el 14 por ciento de los datos de la población estadounidense. Se usaron datos combinados de los registros de cáncer basados en la población del NPCR y SEER para calcular las tasas de incidencia del cáncer y las tendencias a corto plazo (1999 al 2008) para cada uno de cinco grupos raciales y étnicos principales: blancos, negros, asiáticos e isleños del Pacífico, indoamericanos o nativos de Alaska e hispanos. Para el periodo del 2004 al 2008, 48 registros (con cobertura del 96 por ciento de la población de los EE. UU) cumplieron con los criterios de calidad de los datos del NAACCR y para el periodo de 1999 al 2008, 41 registros (con cobertura del 86 por ciento de la población de los EE. UU.) cumplieron dichos criterios.

3. ¿Cuáles periodos de reporte se escogieron como enfoque principal de este informe?

El periodo del 2004 al 2008 se usó para describir la carga del cáncer (tasas) en los EE. UU y el periodo de 1999 al 2008 se usó para describir las tendencias en las tasas de incidencia y mortalidad del cáncer en los cinco grupos raciales y étnicos principales del país. El periodo de 1975 al 2008 se escogió para representar la mejor perspectiva en las tendencias a largo plazo de las tasas de mortalidad por cáncer en todas las razas en conjunto; mientras que el periodo de 1992 al 2008 se escogió para representar la mejor perspectiva en las tendencias de incidencia a largo plazo.

4. ¿Qué información se detalla en la sección especial del informe de este año?

En la sección especial de este año, los autores resaltan los efectos del exceso de peso y la falta de actividad física adecuada en el riesgo de cáncer. Varios cánceres como el adenocarcinoma esofágico y los cánceres de colon y recto, riñón, páncreas, endometrio, así como el cáncer de mama en las mujeres posmenopáusicas, están asociados al sobrepeso y la obesidad; y algunos de estos cánceres también están asociados a la falta de actividad física.

Información actualizada sobre las tendencias de incidencia y mortalidad para todas las localizaciones de cáncer en su conjunto y los 15 cánceres principales

5. ¿Qué está ocurriendo con las tendencias generales de incidencia del cáncer?

Del 2004 al 2008 las tasas de incidencia de todos los cánceres en conjunto disminuyeron 0.6 por ciento anual en los hombres. En las mujeres, las tasas de incidencia disminuyeron en 0.5 por ciento anual desde 1998 al 2006 con una estabilización de las tasas del 2006 al 2008 (consultar la tabla 1 del documento).

Cualquier disminución en las tasas de mortalidad del cáncer es siempre una buena noticia; pero no ocurre lo mismo con respecto a las tasas de incidencia. Las disminuciones en las tasas de incidencia del cáncer pueden ocurrir como resultado de la reducción de factores de riesgo modificables o, por ejemplo, por el aumento en el uso de las pruebas de detección del cáncer colorrectal y de cuello uterino que previenen el cáncer si se extirpan los tejidos precancerosos. De otra manera, la incidencia de algunos cánceres podría parecer que disminuye con el tiempo si las tasas de pruebas de detección disminuyen y, por lo tanto, los cánceres no se detectan o se identifican en etapas avanzadas.

6. ¿Qué está pasando con las tendencias de la incidencia a largo plazo de los 15 cánceres principales?

En los hombres, las tasas de incidencia de 5 de los 17 cánceres más comunes –de próstata, pulmón y bronquios, colon y recto (colorrectal), estómago y laringe– disminuyeron entre 1999 y el 2008. En contraste, las tasas en los hombres aumentaron de 1999 al 2008 en 7 cánceres: de riñón y pelvis renal, páncreas, hígado y de las vías biliares intrahepáticas, tiroides, melanoma de la piel, leucemia y mieloma.

Entre las mujeres, las tasas de incidencia disminuyeron de 1999 al 2008 en 6 de los 18 cánceres más comunes: de pulmón, colorrectal, vejiga urinaria, cuello uterino, cavidad oral y faringe, y estómago. Las tasas de incidencia en las mujeres aumentaron de 1999 al 2008 en 6 cánceres: de tiroides, melanoma de la piel, riñón y pelvis renal, páncreas, leucemia e hígado.

7. ¿Qué está ocurriendo con las tendencias de incidencia del cáncer de mama?

Las tasas de incidencia del cáncer de mama, que aumentaron 1.3 por ciento anual de 1992 a 1999, disminuyeron 2.0 por ciento anual de 1999 al 2005 y se estabilizaron del 2005 al 2008. Los factores que influyen en la incidencia del cáncer de mama son complejos e incluyen cambios en la capacidad reproductora, obesidad, la prevalencia de mamografías de detección, entre otros. Informes recientes parecen indicar que la reducción de la incidencia del cáncer de mama puede estar relacionada con descontinuar rápidamente la terapia de reemplazo hormonal, un conocido factor de riesgo de cáncer de mama, y también con la estabilización de la prevalencia de mamografías.

8. ¿Qué está ocurriendo con las tendencias generales de mortalidad por cáncer?

En hombres y mujeres, las tasas de mortalidad general por cáncer han seguido disminuyendo desde principios de la década de los noventa y se redujeron en promedio 1.6 por ciento anual entre el 2004 y el 2008. Del 2004 al 2008, la reducción fue un poco más pronunciada en los hombres (1.8 por ciento anual) que en las mujeres (1.5 por ciento anual). En los niños menores de 19 años, las tasas de mortalidad por cáncer han declinado desde 1970. Las tasas de mortalidad son el mejor indicador de avances en la lucha contra el cáncer.

9. ¿Qué está pasando con las tasas de mortalidad en los 15 cánceres principales en hombres y mujeres?

En los hombres, las tasas de mortalidad disminuyeron de 1999 al 2008 en 11 de los 17 cánceres más comunes, como el de pulmón, colon y recto, próstata, laringe, riñón, cerebro, estómago, cavidad oral, la leucemia, el linfoma no hodgkiniano y el mieloma. Las tasas de mortalidad en los hombres aumentaron durante este periodo para los cánceres de páncreas e hígado y el melanoma de la piel.

En las mujeres, las tasas de mortalidad disminuyeron de 1999 al 2008 en 14 de los 18 cánceres más comunes, como los de pulmón, mama, colon y recto, ovario, riñón, cerebro, estómago, cavidad oral, leucemia, linfoma no hodgkiniano, mieloma, vejiga urinaria, esófago y vesícula biliar. Las tasas de mortalidad en las mujeres

aumentaron durante este periodo para los cánceres de páncreas y cuerpo uterino (útero). Después de décadas de disminución, las tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino mostraron poco cambio en el periodo más reciente.

10. Si las tasas de mortalidad por cáncer continúan disminuyendo, ¿eso significa que el número de personas que mueren por cáncer también continuará disminuyendo?

No necesariamente. Los datos descritos en el informe son tasas (número de muertes por cada 100,000 personas en los Estados Unidos) y se ajustan por edad, para que se puedan comparar a través de varios factores como la raza, el tiempo y la región. El número real de personas que mueren por cáncer (en ocasiones denominado el conteo) puede verse afectado por varios factores, como el crecimiento de la población de edad avanzada en los Estados Unidos (el cáncer es primordialmente una enfermedad del envejecimiento) y el aumento en el tamaño de la población.

Por lo tanto, aunque la tasa de mortalidad por cáncer puede disminuir en un determinado año, la cantidad real de muertes por cáncer puede aumentar debido al aumento del número de estadounidenses de edad avanzada y del tamaño de la población en general.

11. ¿Qué está pasando con las tasas de cánceres infantiles?

Las tasas de incidencia del cáncer aumentaron 0.6 por ciento anual de 1992 al 2008 en niños de hasta los 19 años de edad. Sin embargo, se ha observado un avance considerable con respecto a muchos tipos de cánceres infantiles, lo que generó una reducción general de las tasas de mortalidad por cáncer en niños desde al menos 1975. Las tasas de mortalidad disminuyeron 2.7 por ciento anual entre 1975 y 1996 y 1.3 por ciento anual entre 1996 y el 2008.

Cánceres asociados al exceso de peso y a la falta de actividad física adecuada

12. ¿Cuál es la importancia del exceso de peso y la falta de actividad física adecuada en lo relacionado al cáncer?

El exceso de peso y la falta de actividad física adecuada son causas de cáncer en los Estados Unidos que se pueden evitar (modificar). La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) concluyó que un cuarto a un tercio de los cánceres comunes en los Estados Unidos y otras naciones industrializadas son causados por los efectos combinados del exceso de peso y la falta de actividad física adecuada. En las personas que no fuman, mantener un peso saludable y hacer suficiente actividad física puede ser una de las formas más importantes de prevenir el cáncer.

13. ¿Cuáles cánceres están asociados al exceso de peso y a la falta de actividad física adecuada?

Una [extensa revisión de las publicaciones científicas](#) (en inglés) de más de 7,000 estudios sobre la relación entre la nutrición, la actividad física y el exceso de peso con el riesgo de cáncer concluyó que existen pruebas convincentes de la asociación entre el exceso de peso y el aumento del riesgo de varios cánceres. Estos cánceres son:

- Adenocarcinoma de esófago
- Cáncer de colon y recto
- Cáncer de riñón
- Cáncer de páncreas
- Cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas
- Cáncer del cuerpo uterino (útero)

También existe alguna evidencia de que el exceso de peso está probablemente asociado a otros cánceres como el de tiroides, hígado, vesícula biliar y cánceres hematopoyéticos (como la leucemia y el mieloma).

Esta revisión también concluyó que la evidencia de una asociación entre la falta de actividad física adecuada y el aumento del riesgo de cáncer se considera convincente para el cáncer de colon y probable para el cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas y el de endometrio.

14. ¿Qué se conoce sobre la relación entre la obesidad y el cáncer de mama?

La relación entre la obesidad y el cáncer de mama puede verse afectada por la etapa de la vida en que la mujer gane peso y se convierta en obesa o tenga el sobrepeso. Algunos estudios indican que el sobrepeso y la obesidad están asociados a un riesgo menor de cáncer de mama antes de la menopausia. En contraste, después de la menopausia, cuando el riesgo de cáncer de mama es más alto que antes de ella, ganar peso o tener sobrepeso o volverse obesa está asociado a un aumento del riesgo de cáncer de mama. Aunque muchos factores de riesgo del cáncer de mama están fuera del control de la mujer, mantener un peso saludable durante toda la vida y realizar actividad física adecuada puede ayudar a las mujeres a protegerse contra el cáncer de mama.

15. ¿Qué está pasando con las tasas de incidencia de cánceres asociados al exceso de peso y a la falta de actividad física adecuada?

- Las tasas de incidencia del cáncer colorrectal disminuyeron de 1999 al 2008, en parte debido a las mejoras significativas en el uso de las pruebas de detección de ese cáncer, que puede prevenir el cáncer si se extirpan los pólipos adenomatosos precancerosos.
- Las tasas de cáncer de mama después de la menopausia se estabilizaron del 2005 al 2008, después de disminuir de 1999 al 2005, debido en su mayoría a descontinuar rápidamente la terapia de reemplazo hormonal, un factor conocido de riesgo de cáncer de mama.
- La incidencia de cáncer de riñón aumentó de 1999 al 2008 en aproximadamente 2.9 por ciento anual en los hombres (con una aceleración del 4.1 por ciento del 2004 al 2008) y en 3.3 por ciento en las mujeres; los aumentos son evidentes en todos los grupos raciales y étnicos.
- Las tasas de incidencia del cáncer de páncreas aumentaron aproximadamente 1.2 por ciento anual de 1999 al 2008 (con una leve aceleración del 2004 al 2008) en hombres y mujeres. Este aumento se limitó a las personas de raza blanca.
- Con respecto al cáncer del cuerpo uterino (útero) se observó un aumento significativo de 1999 al 2008 en las mujeres negras, asiáticas y de las islas del Pacífico e hispanas; se observó un aumento no significativo entre las mujeres blancas y las indoamericanas o nativas de Alaska.
- Desde 1992 al 2008 el adenocarcinoma de esófago aumentó en 2.6 por ciento anual en los hombres y 3.3 por ciento anual en las mujeres; estos aumentos se limitaron a hombres blancos e hispanos y a las mujeres blancas.

16. ¿Cuáles son las recomendaciones de peso y de actividad física para niños y adultos?

Las [Guías alimentarias para los estadounidenses del 2010](#) (en inglés) recomiendan que las personas prevengan o reduzcan el exceso de peso y la obesidad con mejores conductas alimenticias y de actividad física. Los niños de 6 a 17 años deben realizar al menos 60 minutos de actividad física diaria y los adultos por lo menos 150 minutos de actividad física aeróbica de intensidad moderada o 75 minutos de intensidad vigorosa o una combinación equivalente de actividad física de intensidad moderada y vigorosa a la semana. Para prevenir el cáncer, la [Sociedad Americana del Cáncer recomienda](#) (en inglés) que las personas permanezcan "delgadas lo más que puedan durante toda la vida sin que lleguen a estar por debajo de su peso normal" y que los adultos "realicen por lo menos 150 minutos de actividad física de intensidad moderada o 75 minutos de actividad física de intensidad vigorosa o una combinación equivalente semanalmente".

17. ¿Por qué hay disparidades en cuanto a las tasas de prevalencia de la obesidad en todo el país?

Existen diferencias considerables con relación a la prevalencia de obesidad entre todos los grupos raciales y étnicos. Algunas de las razones de estas diferencias incluyen factores sociales y culturales combinados con entornos que ofrecen pocas oportunidades para realizar actividad física y una abundancia de alimentos ricos en calorías. Por ejemplo, los vecindarios con una gran población minoritaria tienden a contar con menos cadenas de supermercados y tiendas de productos agrícolas, lo cual hace más difícil y costoso para sus residentes conseguir alimentos saludables. Además, la lactancia materna, que está asociada a una menor prevalencia de obesidad

infantil es más común entre las mujeres blancas que en las mujeres de raza negra. Adicionalmente, los datos muestran que los negros y los mexicoamericanos tienen menos probabilidad que los blancos de realizar actividad física recreacional con regularidad. La mayoría de los datos están relacionados con la actividad física recreacional; los negros y los mexicoamericanos podrían estar realizando actividad física ocupacional.

Los factores sociales y culturales referentes al peso corporal también pueden jugar un papel en las diferencias raciales y étnicas relacionadas con la prevalencia de la obesidad. Se ha reportado que las mujeres negras e hispanas están más satisfechas con el tamaño de su cuerpo, lo que hace menos probable que las de estos grupos traten de perder peso en comparación con las mujeres blancas. Adicionalmente, los métodos de preparación de los alimentos pueden tener un efecto en la calidad de la nutrición en los diferentes grupos raciales o étnicos y regionales.

También existen diferencias con respecto a la prevalencia de la obesidad por nivel de ingresos del hogar, indica una reciente encuesta nacional de salud y nutrición. En las mujeres adultas, las niñas y los niños blancos no hispanos, la prevalencia de la obesidad disminuyó al aumentar el nivel de ingresos; en otras palabras, en estos grupos, las personas con ingresos bajos tuvieron una mayor prevalencia de obesidad que las de ingresos altos.

18. ¿Qué se está haciendo para abordar las disparidades con respecto a la obesidad?

Estas disparidades se pueden reducir con un mayor énfasis en la modificación de sistemas y estrategias ambientales que apoyen la alimentación saludable y las oportunidades de llevar una vida activa en las comunidades. Los CDC apoyan programas que usan enfoques ambientales para mejorar el acceso a alimentos saludables en comunidades subatendidas, como un mejor acceso a supermercados y tiendas de productos agrícolas que ofrezcan alimentos más saludables; la ampliación de programas que fomenten llevar verduras y frutas cosechadas en la región a las instituciones en la comunidad, a los mercados de agricultores del programa *Mujeres, Infantes y Niños*, y a las personas particulares mediante puestos ambulantes y camionetas que vendan productos agrícolas frescos en vecindarios de zonas urbanas deprimidas; y la promoción de consejos de políticas nutricionales que tengan en cuenta tanto la seguridad alimentaria como las mejoras en el entorno alimentario a nivel local y estatal. Las iniciativas en escuelas y establecimientos de cuidados infantiles incluyen apoyar la disponibilidad de alimentos y bebidas más saludables como agua, frutas y vegetales. Entre las estrategias para aumentar las oportunidades de actividad física a bajo costo o gratuitas en las comunidades están la creación de senderos para caminar y parques, los acuerdos de uso compartido de áreas públicas como las escuelas y el mejoramiento de las aceras. Todas estas estrategias pueden reducir las disparidades relacionadas con la obesidad.

Adicionalmente, los esfuerzos a nivel nacional, como las iniciativas de prevención locales, tribales y estatales que reciben apoyo federal y la campaña ¡A moverse! *Let's Move* del gobierno federal están ayudando a movilizar alianzas y recursos públicos y privados, para que a su vez den recomendaciones y financiamiento a las comunidades y a los estados para promover el uso de estrategias que mejoren la alimentación y la actividad física.

Aunque las políticas y los enfoques ambientales pueden apoyar las decisiones personales sobre la alimentación saludable y la actividad física, la elección personal sobre los alimentos a consumir y sobre hacer ejercicio también cumplen un papel importante en la prevención de la obesidad. En cuanto a los niños en particular, los padres deben estar conscientes y tomar medidas que promuevan prácticas alimentarias saludables, comidas en familia, modelos de hábitos alimentarios y de actividad física saludables, garantizar el acceso a alimentos saludables en la casa, así como reducir el tiempo de actividades sedentarias de los niños como ver televisión y el que pasan frente a pantallas de juegos de videos y computadoras, al tiempo que busquen oportunidades divertidas y económicas para realizar actividad física en la casa y en el vecindario.

19. ¿Cuál es la carga económica que se atribuye al exceso de peso y a la falta de actividad física adecuada?

La carga económica atribuida al exceso de peso y a la falta de actividad física adecuada es significativa. Según [datos](#) (en inglés) recientes, en el 2008 los gastos médicos per cápita en los EE. UU. de una persona obesa fueron 42 por ciento anual más altos (\$1,429) que los de alguien de peso normal, lo que resultó en una carga nacional de \$147 mil millones, o cerca del 9.1 por ciento de todos los gastos médicos. Además de los costos

médicos, los costos indirectos de la obesidad incluyen menos años de vida libre de discapacidades, aumento de la mortalidad antes de la jubilación, jubilación temprana, pensiones por discapacidades más altas, aumento del ausentismo laboral y reducción de la productividad.

20. ¿Cuál es el resumen de la evidencia que vincula a la obesidad, la inactividad física y el cáncer?

La evidencia de la asociación entre la obesidad y el cáncer se ha estado recopilando desde la década de los setenta. La evidencia sobre la asociación entre la actividad física y el cáncer se ha estado acumulando durante los últimos 20 años. Investigadores independientes han realizado varios análisis de dichos estudios.

En el 2001, el Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer, junto con el Instituto Americano de Investigación del Cáncer (WCRF/AICR), encargaron a 20 paneles la revisión sistemática de la información científica relacionada con la asociación entre los alimentos, la nutrición, la actividad física y la prevención del cáncer (disponible para cánceres de boca, faringe y laringe, nasofaringe, esófago, pulmón, estómago, páncreas, vesícula biliar, hígado, colon y recto, mama, ovario, endometrio, cuello uterino, próstata, riñón y piel, así como pólipos colorrectales). Se revisaron más de 7,000 estudios durante este proceso. Estos hallazgos se reportaron en el [2.º Informe de Expertos del 2007](#) (en inglés), el [Informe de Políticas del 2008](#) (en inglés), y la [Actualización Continua sobre el Cáncer de Mama del 2010](#) (en inglés). WCRF y el AICR concluyeron que existe evidencia convincente de una asociación entre el exceso de peso y el aumento del riesgo de varios cánceres, como el adenocarcinoma de esófago, los cánceres de colon y recto, el cáncer de riñón, el cáncer de páncreas, el cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas y el cáncer de endometrio. WCRF y el AICR también concluyeron que la evidencia de una asociación entre la inactividad física y el aumento del riesgo de cáncer se considera convincente (para el cáncer de colon) o probable (para los cánceres de mama en mujeres posmenopáusicas y de endometrio).

En el 2002, el Grupo de Trabajo sobre la Evaluación del Cáncer y las Estrategias de Prevención de la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC) publicó una [evaluación integral](#) (en inglés) de la literatura científica disponible, que incluyó estudios en personas y animales, el peso, la actividad física y el cáncer. La IARC concluyó que el exceso de peso aumenta el riesgo de cánceres de colon, mama (en mujeres posmenopáusicas), endometrio, riñón y adenocarcinoma esofágico, y que la actividad física prevenía los cánceres de colon y mama.

Cómo leer este informe

21. ¿Cómo se presentan las tasas de incidencia y de mortalidad por cáncer?

Las tasas de incidencia y mortalidad por el cáncer se miden por lo general como el número de casos o muertes anuales por cada 100,000 personas y se ajustan por edad a la población estándar de EE. UU. en el año 2000. Si el cáncer afecta a personas de un solo sexo, como el cáncer de próstata, entonces la cifra se da por cada 100,000 personas del mismo sexo. Las cifras están ajustadas por edad, lo que permite comparar las tasas de distintas poblaciones con una composición distinta de edades a lo largo del tiempo y por regiones. Cabe anotar que el cáncer de mama se presenta tanto en hombres como en mujeres, aunque ocurre con menos frecuencia en los hombres.

22. ¿Qué es el cambio porcentual anual o APC?

El cambio porcentual anual (APC, por sus siglas en inglés) es la tasa promedio de variación en una tasa de cáncer anual en un periodo de tiempo determinado (es decir, la rapidez con que una tasa de cáncer aumenta o disminuye cada año durante un periodo de años). El APC se calculó para las tasas de incidencia y de mortalidad. La cifra se da en porcentaje, por ejemplo una disminución aproximada del 1 por ciento anual. El APC se calcula mediante regresión de punto de inflexión (*joinpoint*) (ver a continuación una explicación de puntos de inflexión).

Un APC negativo describe una tendencia descendente y un APC positivo describe una tendencia ascendente. En este informe, todas las tendencias mencionadas en el texto tienen significancia estadística ($P < .05$) a menos que se indique lo contrario. Para las tendencias sin significancia estadística se utilizaron términos como "estable", "aumento no significativo" y "disminución no significativa".

23. ¿Qué es el cambio porcentual anual promedio o AAPC?

El informe de este año utiliza el cambio porcentual anual promedio (AAPC, por sus siglas en inglés) como un complemento a las tendencias de cambio porcentual anual (APC) por puntos de inflexión subyacentes (ver más adelante una explicación de los puntos de inflexión), como una medida de resumen para comparar las tendencias de intervalos fijos en grupos raciales o étnicos. El AAPC cuantifica la tendencia promedio en un periodo fijo de varios años.

De manera similar a como ocurre con el APC, un AAPC negativo describe una tendencia descendente y un AAPC positivo describe una tendencia ascendente. En este informe, todas las tendencias tienen significancia estadística ($P < .05$) a menos que se indique lo contrario. Para las tendencias sin significancia estadística se utilizaron términos como "estable", "aumento no significativo" y "disminución no significativa".

El APC y el AAPC son similares si las tendencias permanecen relativamente estables con el paso del tiempo. Para la mayoría de las tendencias a largo plazo en este informe, los AAPC para los cinco años más recientes, 2004 al 2008, fueron similares al APC del periodo más reciente. Si las tendencias varían con el paso del tiempo, los AAPC a 10 años (1999–2008) pueden ser diferentes a los APC más recientes, p. ej., para todas las localizaciones en conjunto en hombres y mujeres, y cánceres de próstata y páncreas en hombres, y cánceres de mama, páncreas y ovarios en mujeres.

Las tendencias a largo plazo pueden ocultar los cambios a corto plazo. Las diferencias en los AAPC a 10 y 5 años por lo general identifican tipos de cáncer en los cuales la tendencia promedio a 10 años puede ocultar cambios recientes importantes. Por ejemplo, en este informe la tendencia de mortalidad por cáncer de pulmón indica una disminución más rápida si se observa el AAPC a 5 años en comparación con el AAPC a 10 años.

Ajustes de datos

24. ¿Por qué se ajustaron las tasas por retrasos en reportes de datos de incidencia al SEER?

El informe presenta análisis de tendencias a largo plazo en las tasas de incidencia del cáncer con y sin ajustes por retrasos en los reportes y por información más completa. Los ajustes por estos retrasos y la recopilación de información más completa y precisa ofrecen las bases para una posible evaluación más definitiva de las tasas y tendencias de incidencia en los años más recientes de los que se dispone de información. Los registros del cáncer por lo general requieren entre dos y tres años para recopilar las estadísticas del cáncer actuales. Y puede ser necesario uno a dos años más para contar con datos de incidencia más completos sobre cánceres específicos, como melanomas y leucemias si se diagnostican en entornos ambulatorios. Los registros del cáncer continúan actualizando las tasas de incidencia para incluir dichos casos. Por consiguiente, los datos reportados inicialmente para ciertas tasas de incidencia del cáncer pueden ser un cálculo demasiado bajo. Los patrones de reportes a largo plazo en los registros del Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER) del NCI se han analizado y en la actualidad podemos ajustar las tasas de incidencia para todos los cánceres en conjunto y para cánceres con localización específica con una corrección por los retrasos previstos de reportes e información más completa. Sin embargo, los registros del SEER no cubren a toda la población, y por lo tanto los datos combinados del SEER y el Programa Nacional de Registros del Cáncer de los CDC son importantes para evaluar la incidencia del cáncer en los EE. UU. Se están realizando investigaciones metodológicas para ajustar por retrasos en reportes de los datos agrupados.

25. ¿Qué es el análisis de regresión de puntos de inflexión y cómo tiene en cuenta los diferentes periodos de tiempo usados en los análisis de tendencias en este informe?

El análisis de regresión de puntos de inflexión es un método estadístico que describe las tendencias variables en segmentos de tiempo sucesivos y la cantidad del aumento o disminución en cada segmento. Este análisis consiste en colocar una serie de líneas rectas unidas en las tasas ajustadas por edad y escoger el punto o puntos que se ajusten mejor, llamados puntos de inflexión (*joinpoint*), donde la tasa de aumento o disminución cambie significativamente. Por lo tanto cada punto de inflexión indica un cambio estadístico significativo en la tendencia. El segmento de línea resultante entre los puntos de inflexión se puede describir con un cambio porcentual anual que está basado en la pendiente del segmento de la línea. Se realizaron análisis de puntos de inflexión para las tendencias de incidencia y mortalidad.

26. ¿Qué otros temas de información se deben considerar?

Este informe usa datos de la población de la Oficina del Censo de los EE. UU. para calcular las tasas de incidencia y mortalidad. Las diferencias entre los conteos de la población real y los cálculos de población poscensales pueden aumentar con el paso del tiempo después del censo del 2000. Estas diferencias pueden resultar en tasas de incidencia y mortalidad que se subestimen o sobrestimen.

Los datos de incidencia del 2005 al 2008 se vieron afectados por restricciones en el intercambio de datos en la Administración de Salud de Veteranos (VHA). Los hospitales de la VHA tradicionalmente han sido una fuente principal de datos de los casos de cáncer diagnosticados en los veteranos de las fuerzas armadas que asisten a sus establecimientos. Sin embargo, los nuevos requerimientos restringen la entrega de información de casos de cáncer a los registros centrales del cáncer, lo que resulta en reportes incompletos de los casos en hospitales de la VA en algunos registros. Los casos en la VA representan al menos un 3 por ciento y posiblemente hasta un 8 por ciento de todos los casos de cáncer que se diagnostican en los hombres. Por lo tanto, las tasas de incidencia de los hombres pueden estar subestimadas. Desde finales del 2008, los establecimientos de la VA y los estados con registros centrales del cáncer han trabajado para establecer acuerdos de transferencia de datos que pueden servir para que los registros del cáncer reciban los casos faltantes de la VA con el tiempo y ofrezcan un cálculo más completo de la incidencia nacional del cáncer.

27. ¿Dónde se publica este informe?

Para consultar el informe completo en la revista *CANCER*, visite <http://wileyonlinelibrary.com/journal/cancer-report2012>.

Referencia bibliográfica: Ehemam C, Henley SJ, Ballard-Barbash R, Jacobs EJ, Schymura MJ, Noone AM, Pan L, Anderson RN, Fulton JE, Kohler BA, Jemal A, Ward E, Plescia M, Ries LAG, Edwards BK. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975–2008, featuring cancers associated with excess weight and lack of sufficient physical activity. *CANCER* published early online: March 28, 2012 (DOI: 10.1002/cncr.27514).

28. ¿Dónde puedo encontrar más información sobre este informe?

Para consultar el comunicado de prensa de este informe, visite http://www.cdc.gov/spanish/CDC_servicio/2012/p0328_Cancer_tasasmuertes.html.

CDC: [División de Prevención y Control del Cáncer](#); [Programa Nacional de Registros del Cáncer](#); [Sistema Nacional de Estadísticas Vitales](#) (en inglés)

[Sociedad Americana Contra El Cáncer](#)

[Instituto Nacional del Cáncer: Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales](#) (en inglés)

[Asociación Norteamericana de Registros Centrales del Cáncer](#) (en inglés)