

El cribado poblacional del cáncer de colon: más daños que beneficios. Por Antonio Sitges-Serra

03 abril 2017 by nmurcia in [Noticias Ciudadanos y pacientes](#) [Noticias Demasiada medicina](#) [Noticias Opinión](#) [Noticias Transparencia](#) - 5 Comments



Qui som? CatalunyaPlural.cat El Diari de l'Educació Fundació Periodisme I

el diari de la sanitat

FUNDACIÓ Periodisme Plural

INICI GESTIÓ SANITÀRIA DRET A LA SALUT DETERMINANTS SOCIALS RECERCA
FACTOR HUMÀ OPINIÓ

TEMES DEL DIA » [l·listes d'espera](#) [transgènere](#)

COLUMNA ILLICH

El càncer de còlon

És missió dels professionals de la sanitat reflexionar sobre les nostres actituds diagnòstiques i terapèutiques en pacients fràgils i amb malalties avançades, situacions en què, per regla general, poc podem oferir

- **Per què els cribratges contra el càncer no allarguen la vida?**

 **Antoni Sitges**

20.03.2017 - 10:58

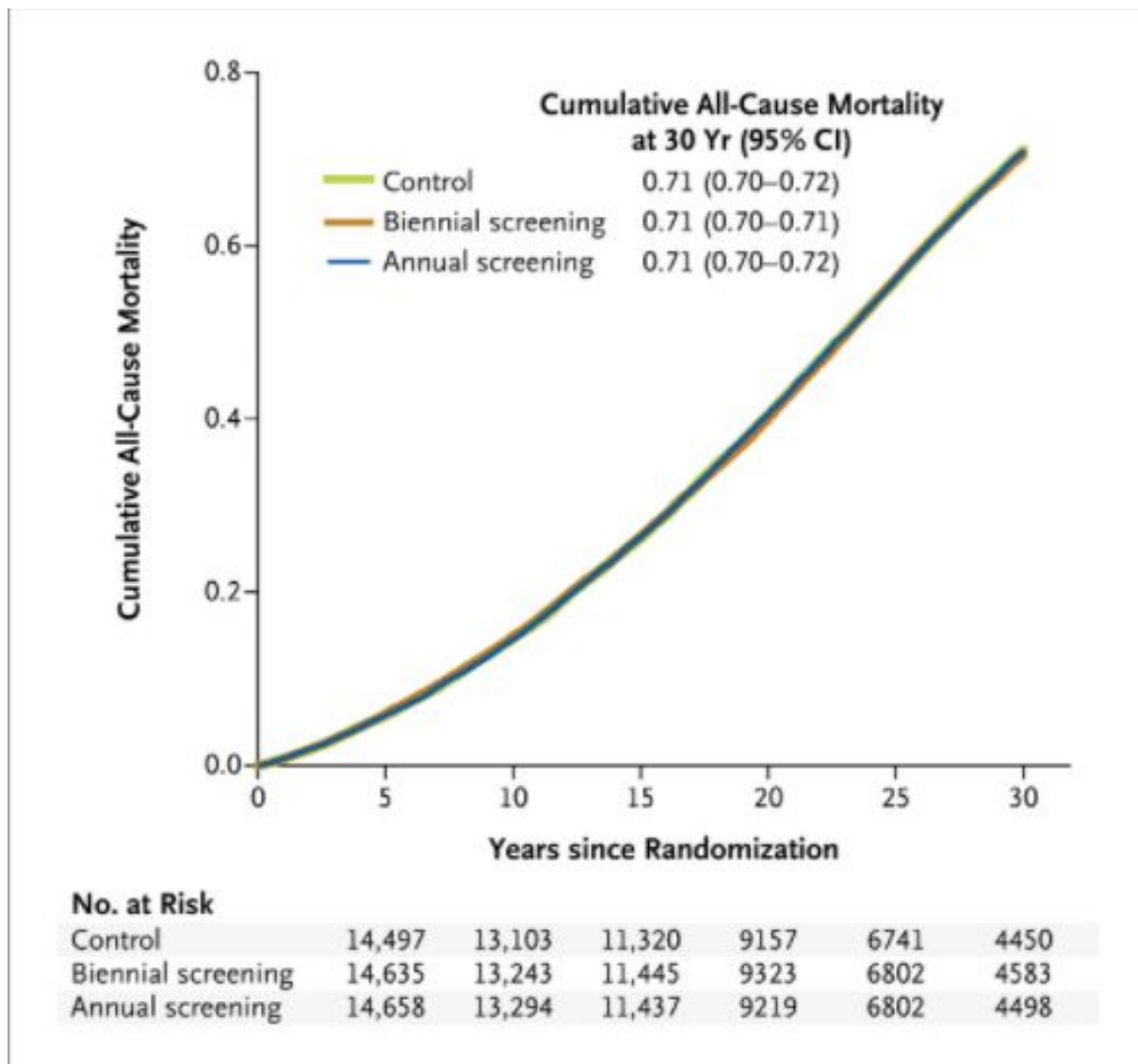
[Tuit](#) [Comparteix](#)

<http://diarisanitat.cat/el-cancer-de-colon/>

El cribado de cáncer de colon (normalmente mediante sangre oculta en heces más colonoscopia en los resultados positivos) disminuye levemente la mortalidad específica por cáncer de colon pero no aumenta la supervivencia global.

El autor defiende la necesidad de que ciudadanos y profesionales sean conscientes de los daños evitables que puede generar el cribado poblacional del cáncer colorrectal

Hace unas semanas [comentaba en esta columna](#) el por qué los cribados indiscriminados para los cánceres de mama, próstata y colon no lograban aumentar la esperanza de vida de los pacientes así diagnosticados. Cada uno de estos tumores malignos tiene sus características y algunas especificidades que explican la inutilidad del así llamado “diagnóstico precoz” desde el punto de vista poblacional.



El caso de cáncer de colon tiene su qué: los ciudadanos sometidos a cribado mediante colonoscopia anual o bienal son diagnosticados algo más frecuentemente y mueren un poco menos (1-2%) de cáncer de colorrectal que los ciudadanos que no son sometidos a cribado. En cambio, su esperanza de vida es idéntica (ver arriba gráfica).

Ello significa que muchos pacientes con cáncer de colon y recto son operados en edades límite y fallecen bien sea a consecuencia de la intervención bien sea de sus enfermedades de base; y fallecen en una secuencia temporal similar a la de los pacientes que no fueron cribados y fueron diagnosticados a raíz de síntomas clínicos.

Dicho de otra manera, aunque los pacientes diagnosticados mediante cribado de cáncer colorrectal mueren un poco menos a causa de esta enfermedad (mortalidad específica), fallecen por otros motivos (mortalidad por cualquier causa), es decir, tienen la misma esperanza de vida que los enfermos no cribados.

Los tumores más frecuentes en 2015



La cuestión no es baladí, porque el cáncer de colon y de recto supone ya el tumor maligno más frecuente en España si consideramos ambos sexos y, además, la edad media de los pacientes diagnosticados de esta neoplasia supera los 70 años.



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

HOME ARTICLES & MULTIMEDIA ▾ ISSUES ▾ SPECIALTIES & TOPICS ▾ FOR AUTHORS

ORIGINAL ARTICLE

Long-Term Mortality after Screening for Colorectal Cancer

Aasma Shaukat, M.D., M.P.H., Steven J. Mongin, M.S., Mindy S. Geisser, M.S., Frank A. Lederle, M.D., John H. Bond, M.D., Jack S. Mandel, Ph.D., M.P.H., and Timothy R. Church, Ph.D.

N Engl J Med 2013; 369:1106-1114 | September 19, 2013 | DOI: 10.1056/NEJMoa1300720

Share:     

Abstract

Article

References

Citing Articles (144)

Letters

Metrics

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1300720#t=article>

La historia clínica de un paciente allegado que a continuación les presentaré, ilustra bien la síntesis que acabo de hacerles de un reciente estudio aleatorizado publicado en *New England Journal of Medicine* que, en mi opinión, es una de las piezas de investigación clínica más importantes que se han realizado sobre el tema.

A.J. es(fue) un varón de 69 años con una historia previa de estenosis aórtica e insuficiencia cardiaca que ha presentado dos episodios de descompensación asociados a infecciones respiratorias. Un cribado de cáncer de colon y recto mediante sangre oculta en heces -realizado a requerimiento por carta de su Centro de Atención Primaria- lleva al diagnóstico de cáncer de colon con metástasis hepáticas.

El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas



Mercedes Pérez-Fernández y Juan Gérvas*

*Especialista en Medicina Interna. Equipo CESCA. Madrid. *Médico general. Equipo CESCA. Madrid. Profesor visitante. Escuela de Salud Pública. Universidad Johns Hopkins. Baltimore. Estados Unidos.*

<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-el-efecto-cascada-implicaciones-clinicas-13025252>

El paciente es remitido a su hospital público de referencia en el que, a lo largo de los seis meses siguientes, es sometido a la siguiente **cascada terapéutica** con sus consiguientes complicaciones:


- 1) apertura de la válvula aórtica mediante cateterismo percutáneo;
- 2) resección del tumor de colon;
- 3) infección de la herida quirúrgica con prolongación de la estancia hospitalaria (3 semanas);
- 4) quimioterapia (seis sesiones);
- 5) toxicidad de la quimioterapia sobre médula ósea con anemia;
- 7) neumonía;
- 8) insuficiencia cardíaca (re-estenosis de la válvula aórtica) y
- 9) *exitus*.

Historias similares, tanto de pacientes cribados como de aquellos que acuden por síntomas de su enfermedad, se repiten a decenas sino centenares en nuestros hospitales todos los años, pero al parecer, nunca han promovido una serena reflexión acerca de lo que estamos haciendo.

A mi juicio, el paradigma cáncer = tratamiento (agresivo) debe ser cuestionado porque en muchos casos tal actitud no solo no alarga sino que acorta la vida del paciente.

Nuestro paciente hubiera probablemente sobrevivido mucho más si no hubiera entrado en el sistema sanitario a raíz de un cribado. Incluso si lo hubiera hecho a raíz de síntomas clínicos, se le podría haber propuesto un tratamiento alternativo menos agresivo, compatible con una mejor supervivencia y con más calidad de vida, que el que recibió.

Creo que es misión de los profesionales de la sanidad, y muy especialmente de los médicos que trabajamos en la primera línea de la asistencia, reflexionar sobre nuestras actitudes diagnósticas y terapéuticas en pacientes frágiles y en enfermedades avanzadas, situaciones en las que, por regla general, poco podemos ofrecer.



Organización civil independiente por la transparencia, la integridad y la equidad en las políticas de salud, la asistencia sanitaria y la investigación biomédica.
Independent civil organization for transparency, integrity and equity in health policy, health care and biomedical research

Inicio Opinión Noticias Columnistas Demedicalize-it Editoriales Varios →

El tratamiento del cáncer avanzado con antineoplásicos: inútil, inclemente y no informado (Por Abel Novoa)

21 marzo 2017 by nmurcia in [Noticias](#) [Ciudadanos y pacientes](#) [Noticias](#) [Demasiada medicina](#) [Editoriales](#)

[Noticias](#) [Industrias](#) [Noticias](#) [Opinión](#) [Noticias](#) [Política sanitaria](#) [Noticias](#) [Post-medicina](#) [Noticias](#)

Transparencia - 5 Comments

<http://www.nogracias.eu/2017/03/21/el-tratamiento-del-cancer-avanzado-con-antineoplasicos-inutil-inclemente-y-no-informado-por-abel-novoa/>

Debemos pensar en alternativas paliativas e implicar más a los propios pacientes en decisiones que pueden condicionar seriamente su futuro a corto y medio plazo.

No es menos relevante considerar los costes de complejas y prolongadas medidas terapéuticas que a menudo se aplican en casos perdidos. El paciente que nos ocupa podría haberse llevado fácilmente a su tumba entre 50 y 70.000€ y, a mi juicio, por nada. De no haber ingresado en el sistema sanitario hubiera fallecido probablemente un poco más tarde de sus metástasis hepáticas o de un edema agudo de pulmón.

Commentary

Clinical guidelines at stake

[Antonio Sitges-Serra](#)

Correspondence to

Professor Antonio Sitges-Serra, Department of Surgery, Hospital del Mar, Passeig Marítim, 25-29, Barcelona 08003, Spain; asitges@hospitaldelmar.cat

<http://dx.doi.org/10.1136/jech-2014-203862>

<http://jech.bmj.com/content/early/2014/04/03/jech-2014-203862>



Y no se me interprete mal. La sanidad pública está precisamente para sufragar los gastos que sean necesarios para devolver la salud, pero ello no implica que no tengamos en cuenta el coste/eficacia de nuestras actuaciones y que todos los pacientes hayan de seguir un protocolo unitario pactado por un comité pluridisciplinar multitudinario, algo que está muy de moda desde que los gestores se deslumbraron con las así llamadas guías clínicas que, como tales, también tienen sus efectos adversos, de los cuales, por cierto, uno de los más letales es el de no pensar (el artículo del Profesor Sitges-Serra, “Clinical guidelines at stake”, está traducido en NoGracias)

Antonio Sitges-Serra cirujano, catedrático de la Universidad Autónoma de Barcelona y divulgador, mantiene un posicionamiento crítico con la incorporación no evaluada de nuevas tecnologías en su campo específico de conocimiento y en la medicina en general.

Nota: los links y las imágenes son iniciativa del editor de esta entrada

Texto original aparecido en catalán en el Diari de la Sanitat.

La traducción al castellano ha sido aportada por el propio autor