### Colonoscopia: La Temida Palabra con C

**El cáncer: este programa es presentado por el Dr. Bill Evans y traído a ustedes por el programa de asistencia contra el cáncer, ayuda cuando realmente la necesitas.**

**00:11** Bienvenidos al podcast del programa de asistencia contra el cáncer. Soy el Dr. Bill Evans, profesor emérito de la Universidad McMaster en el departamento de oncología. Les doy la bienvenida a este podcast. Si es la primera vez que nos escuchan, me alegra que se hayan unido a nosotros. Creo que realmente disfrutarán el tema de hoy, que se centra en el cribado del cáncer colorrectal. Si ya nos han escuchado antes, bienvenidos de nuevo, conviértanse en oyentes habituales. A medida que revisemos varios temas, estarán mejor informados sobre los muchos avances esperanzadores en el manejo del cáncer, desde el tratamiento hasta el cuidado de apoyo, la prevención y la detección temprana. En los últimos meses, hablamos de algunas razones por las que el presidente del departamento de oncología de la Universidad McMaster, el Dr. Jonathan Sussman, se siente optimista sobre el futuro y hablamos sobre el progreso que se está haciendo. Y ese podría ser un podcast interesante para algunos de ustedes que nos escuchan por primera vez. Pueden acceder a cualquiera de estos podcasts en el sitio web del Programa de Asistencia contra el Cáncer, que es cancerassist.ca, o en una de sus fuentes de podcast favoritas como Google, Apple o Spotify. Tengo el privilegio de entrevistar a personas muy inteligentes y hoy estoy bendecido de entrevistar al Dr. Barry Loman. Conozco a Barry desde que era jefe de medicina en la Universidad McMaster. Es profesor del Departamento de Medicina y gastroenterólogo, además de ser el líder regional de endoscopia para Cancer Care Ontario y actualmente lidera una importante iniciativa de implementación de nueva tecnología de información en Hamilton Health Sciences. Así que, bienvenido Barry, me alegra mucho verte de nuevo y charlar contigo sobre el cribado del cáncer colorrectal.

**02:05** Muchas gracias, Phil, es un placer estar aquí.

**02:09** Un buen lugar para comenzar porque me he dado cuenta con el tiempo que, aunque nosotros, los médicos, entendemos perfectamente cosas como el colon y lo que hace, nuestros oyentes pueden no entender realmente qué partes de su cuerpo hacen incluso dónde están ubicadas. Así que tal vez podrías describir un poco el tracto intestinal y, en particular, el colon y lo que hace. Y luego hablaremos sobre cómo se desarrolla el cáncer en él.

**02:40** Por supuesto. Sospecho que la mayoría de la gente sabe, pero el tracto gastrointestinal es realmente un tubo largo que comienza justo debajo de la boca con el esófago y se extiende hacia abajo a través del esófago, el estómago, el intestino delgado y finalmente el colon. Y finalmente, a través del recto, donde todos evacuamos todos los días o cada dos días. Y realmente, el papel del colon en todo eso es el almacenamiento. Después de que los alimentos se digieren y se absorben adecuadamente en el intestino delgado, el trabajo del colon es tomar lo que queda, eliminar algo de fluido y almacenarlo hasta que sea el momento de evacuar el colon y pasar el movimiento intestinal.

**03:31** Así que ese es su trabajo. Y generalmente lo hace razonablemente bien. Pero, como muchas partes del cuerpo, puede desarrollar cánceres. Y de hecho, el cáncer de colon es un cáncer bastante común en Canadá. Mirando las estadísticas del cáncer canadiense, creo que en 2020 estimaron que 26,900 canadienses desarrollarían cáncer colorrectal, lo cual es un número fenomenal. Y está vinculado en segundo lugar después del cáncer de pulmón en general y es responsable de alrededor del 12% de todas las muertes por cáncer. Pero también es un cáncer que se puede encontrar muy temprano, donde los resultados son bastante excelentes. E incluso se puede prevenir mediante pruebas que llamamos cribado. Y nuevamente, ese término cribado puede no significar mucho para algunas personas y tal vez sea algo que necesitemos explicar mejor.

**04:30** Sí, es extremadamente importante que hablemos sobre el cribado porque lo que estamos tratando de hacer es identificar personas sin síntomas que puedan tener una pequeña lesión en el colon llamada pólipo. Y si podemos detectar ese pólipo y prevenir que crezca y eventualmente se convierta en cáncer, entonces podemos, como dijiste, prevenir el cáncer de colon o podemos encontrarlo en una etapa mucho más temprana. Así que la idea es, dado exactamente lo que dijiste, que este es un cáncer tan común. Y sabemos que el riesgo de desarrollar cáncer de colon comienza a aumentar alrededor de los 50 años, por lo que pedimos a las personas que formen parte de un programa de cribado que dice que se van a ocupar de su salud del colon mediante un cribado para cualquier evidencia de un pólipo o para encontrar un tumor en el intestino antes de que sea avanzado y así mejorar su perspectiva.

**05:31** Tal vez sea apropiado comentar cuáles son algunos de los factores de riesgo para el cáncer de colon. Mencionaste que comenzamos el cribado en esta provincia a los 50 años. Entonces, en promedio, eso es riesgo promedio, 50 años en adelante, pero ¿cuáles son algunas de las cosas que aumentan su riesgo de tener cáncer de colon además de envejecer, lo cual no podemos controlar?

**05:57** Sí, hay algunas cosas que son realmente importantes. Y creo que la primera a abordar es si hay un historial familiar. Entonces, si eres una persona que tiene un miembro de la familia que tuvo cáncer de colon o se sabe que tiene pólipos mayores en el colon, eso aumenta el riesgo. Y eso te pone en un grupo diferente de quién debe ser revisado y cómo deben ser revisados. Alrededor del 30% o tres de cada diez cánceres de colon pueden estar asociados con un historial familiar. Así que es realmente importante que si ese es el caso, lo discutas con tu médico y tal vez sigas un camino diferente al cribado de riesgo promedio o, como Bill lo llama, el cribado de resco promedio. Hay buena evidencia de que la dieta juega un papel en esto. Y es realmente importante que pensemos en evitar dietas altas en grasas y enfocarnos más en la fibra. La verdad es que todos sabemos lo que es una buena dieta. Y realmente se trata de evitar el exceso de grasa, añadir fibra a la dieta siempre que sea posible y reducir la cantidad de alimentos procesados y, en particular, carnes procesadas que pueden aumentar el riesgo de desarrollar un pólipo o cáncer.

**07:32** Y supongo que hay algunas otras condiciones que predisponen a las personas a desarrollar cáncer de colon que vale la pena señalar, que también las colocan en un riesgo más alto que el grupo promedio de cribado, como las personas que tienen algún tipo de inflamación intestinal o incluso algunas enfermedades determinadas genéticamente que producen muchos pólipos, ¿verdad?

**07:56** Sí, tienes toda la razón, hay una serie de condiciones genéticas muy bien entendidas más allá de simplemente tener un miembro de la familia con cáncer de colon que aumentan enormemente el riesgo. Y las dos más comunes serían lo que se llama poliposis adenomatosa familiar (FAAP, por sus siglas en inglés). En esos casos, el historial familiar suele ser bastante notable. Y el riesgo llega mucho antes en la vida. Y hay un segundo síndrome llamado síndrome de Lynch o CCHNP (cáncer colorrectal hereditario no poliposo) que también está asociado con un riesgo muy alto de cáncer. Y nuevamente, en esos individuos, cuando se conoce ese historial familiar, realmente necesitan comenzar a hacerse sus exámenes mucho antes en la vida, a veces incluso en su adolescencia tardía o a principios de los 20. Las personas que tienen colitis ulcerosa o inflamación crónica del colon también tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer de colon, especialmente si han tenido su enfermedad durante más de 10 años. Y si su colon entero está afectado por la colitis ulcerosa. En esos individuos, recomendamos que se hagan una colonoscopia de forma regular para intentar prevenirlo o encontrarlo mucho antes de que tenga la oportunidad de avanzar.

**09:24** Y aparte de esos, tengo entendido que hay un aumento en el cáncer colorrectal entre ciertas poblaciones como nuestra población indígena. ¿Y también es cierto en las personas de color que hay un aumento del riesgo y a una edad más temprana?

**09:41** Sí, la respuesta a ambos es absolutamente correcta, Bill. Hay evidencia de que nuestras poblaciones aborígenes e indígenas están en mayor riesgo y tienen peores resultados. Parte de eso podría estar relacionado con sus condiciones de vida o su acceso a la atención médica, pero es absolutamente cierto. Nuestras poblaciones indígenas están en mayor riesgo y hay evidencia de que las personas que tienen un trasfondo genético negro o asiático tienen una mayor incidencia de cáncer de colon.

**10:15** Creo que tuvimos el caso célebre del actor Chadwick Boseman, quien murió de cáncer colorrectal a los 43 años, lo cual arrojó un poco de luz sobre el hecho de que las personas de color están en mayor riesgo y a una edad más temprana de contraer esta enfermedad. Pero para la persona de riesgo promedio que no tiene enfermedad inflamatoria intestinal, no tiene una predisposición genética, no cae en uno de esos grupos que mencionamos, recomendamos el cribado colorrectal, pero hay diferentes tipos de procedimientos de cribado que se pueden hacer. Y en Ontario recomendamos una prueba que mira las heces básicamente para encontrar la presencia de sangre, ¿verdad? Y esa prueba que se utiliza ha cambiado en tiempos recientes y tal vez podrías describir esa prueba, cómo se hace, cuán efectiva es y si marca una diferencia en el resultado del cáncer de colon.

**11:18** Sí, esto es realmente importante y ha sido un cambio importante en Ontario en el último año. Durante muchos años, hemos tenido un término anticuado que llamamos la prueba de sangre oculta en heces (FOBT, por sus siglas en inglés), que es una prueba para buscar evidencia de sangre en las heces. La idea es que si puedes detectar pequeñas cantidades de sangre, puedes encontrar pólipos y/o tumores del colon más temprano y literalmente durante 25 años esa prueba FOBT ha estado disponible. Y no hay duda de que si miras grandes poblaciones, esa prueba reduce la mortalidad de las personas con cáncer de colon si las personas son cumplidoras. El problema con esa prueba antigua es que es inconveniente. Requiere que tomes una muestra de tres días consecutivos de tus heces y las untes en una tarjeta. Se supone que debes cambiar tu dieta, evitar ciertos medicamentos. Y así, la disposición de las personas y la precisión de la prueba realmente no ha sido la que deseamos. Y así, en los últimos años, y en muchas jurisdicciones, ha surgido una nueva prueba llamada FIT o prueba inmunoquímica fecal. La idea es la misma: estamos buscando evidencia de sangre en las heces, de hecho, busca un componente diferente de la sangre. Pero lo bueno de esta nueva prueba es que es al menos dos veces más sensible para detectar sangre en las heces. No requiere que la persona cambie su dieta, no tienen que cambiar sus medicamentos o evitar medicamentos. Y la prueba se hace con una sola muestra de heces. Viene en un kit realmente muy conveniente y con instrucciones muy claras. Así que se puede hacer muy fácilmente. Es al menos, como dije, dos veces más sensible. Y realmente esperamos que la conveniencia de ello, junto con conversaciones como la que estamos teniendo hoy, aumente el número de personas dispuestas a pasar por estos procedimientos de cribado y, con suerte, nos permita encontrar un pólipo antes de que tenga la oportunidad de crecer y causar problemas serios.

**13:48** Supongo que todas las pruebas tienen falsos negativos y falsos positivos. Entonces, ¿cómo le va a la prueba FIT en ese aspecto?

**13:57** Es una mejora significativa con respecto a la antigua prueba FOBT. Para usar el término técnico, la sensibilidad y especificidad, ambas están en el rango del 90%. Ninguna prueba es perfecta. Pero puedo decirte que si tienes una prueba FIT positiva, hay al menos cuatro veces de cada diez que encontraremos un pólipo significativo en tu colon cuando hagamos el seguimiento con una colonoscopia. Y eso es muy significativo porque cada uno de esos pólipos, si tienen algún tamaño, tiene el potencial de algún día convertirse en un cáncer. Así que es un gran problema. Y si tienes una prueba positiva, absolutamente queremos que vengas para tu colonoscopia y hay una muy buena posibilidad de que encontremos algo importante.

**14:54** Vamos a hacer una breve pausa y continuaremos con nuestra conversación después del mensaje del Programa de Asistencia contra el Cáncer.

**15:03** Regístrate hoy para la caminata virtual del programa de asistencia contra el cáncer el sábado 29 de mayo. Forma o únete a un equipo, establece una meta de recaudación de fondos y comienza a recolectar donaciones en apoyo a los servicios gratuitos para pacientes con cáncer y sus familias en nuestra comunidad. Ya sea que elijas caminar, hacer senderismo, andar en bicicleta o recorrer cinco kilómetros, esperamos que nos ayudes a unirnos virtualmente en honor a un amigo o ser querido afectado por el cáncer. Tu apoyo proporcionará ayuda cuando más se necesita. ¿Por quién caminas? Visita cancerassist.ca para registrarte.

**15:41** Ahora, ¿los pólipos sangran rutinariamente? Siempre me ha preocupado eso cuando pienso en un pólipo en comparación con un cáncer, porque un cáncer es una especie de crecimiento alterado y con muchos vasos sanguíneos nuevos y puedo imaginarlo sangrando regularmente. Y comúnmente las personas presentan anemia como resultado del sangrado de un cáncer de colon. Pero, ¿los pólipos sangran regularmente también? ¿O existe el riesgo de pasarlos por alto simplemente porque no sangran lo suficiente?

**16:09** Es una pregunta extremadamente interesante y buena. Porque la mayoría de los pólipos, cuando los miras, dirías exactamente lo que dijiste, Bill, como ¿por qué eso hizo que la prueba FIT diera positivo? Así que hay algo sucediendo allí, especialmente con lo que llamaríamos una lesión más grande, tal vez más grande que una miniatura. Y hay muy buena evidencia de que aunque no parecen estar sangrando, tendemos a detectarlos con esta nueva prueba. Así que algo está sucediendo a nivel microscópico, aunque no lo veamos, que nos permite detectar estas lesiones.

**16:49** Porque creo que es una de las cosas más importantes que esto no es solo la detección temprana del cáncer antes de que se propague. Es encontrarlo antes de que realmente se convierta en cáncer y prevenirlo. Es uno de los mensajes más fuertes que necesitamos transmitir aquí, que esto es realmente una medida preventiva y podría evitar un montón de sufrimiento al desarrollar un cáncer avanzado. Y las personas realmente deberían estar haciendo esto de manera rutinaria si tienen más de 50 años.

**17:18** Sí, es realmente muy importante. Y como dijiste, un pólipo no es cáncer, un pólipo tiene el potencial de convertirse en cáncer. Así que si lo eliminamos, entonces eliminamos el riesgo de que ese pólipo crezca y cause problemas algún día. Pero también es muy importante que si un pólipo se está volviendo maligno, lo eliminemos antes de que tenga la oportunidad de invadir la pared del colon y comenzar a propagarse porque sabemos que la tasa de supervivencia pasa del 90% de un cáncer muy temprano a solo tal vez uno de cada cinco supervivencias después de cinco años si lo encontramos demasiado tarde. Así que todo se trata de la detección temprana.

**18:04** Iba a mencionar esas estadísticas de cáncer localizado que tienen una supervivencia de cinco años del 90% y los cánceres distantes, según los datos en los EE. UU., solo tienen una supervivencia de cinco años del 14%. Así que quieres encontrarlo temprano. E incluso si ha progresado a cáncer, si se encuentra en una etapa temprana, esa cifra del 90% aún puede aplicarse. Así que es aún más importante hacerse la prueba ahora. Si la prueba es positiva, vas a realizar una colonoscopia, ¿verdad? Y tal vez describas cómo se realiza y qué estás buscando.

**18:45** Sí, así que todo el mundo ha oído hablar un poco de la colonoscopia. Así que espero poder decirte la verdad y aliviar algunos miedos. La colonoscopia es una forma de examinar el revestimiento interior del colon con un endoscopio, un tubo largo con una cámara de alta definición en él. Para hacerlo, necesitamos que las personas realicen una preparación que está destinada a literalmente lavar el colon para que podamos ver el revestimiento. Y, ya sabes, un colon bien preparado, el interior de ese colon se ve como el interior de tu mano. Está limpio como una patena. Y con alta definición y ojos expertos, podemos ver lesiones muy pequeñas de apenas un par de milímetros. La prueba requiere que se haga obviamente en una instalación que pueda proporcionar el equipo necesario y el apoyo de enfermería y monitoreo del paciente mientras se realiza. Prácticamente todas las colonoscopias se realizan con algún tipo de sedación y puede ser lo que llamamos sedación consciente, que es una combinación de medicamentos para hacerte sentir un poco atontado, reducir cualquier dolor y permitirnos pasar por el examen con la mínima incomodidad. En algunas circunstancias, se puede hacer con una sedación más agresiva. Pero la sensación general es que para una colonoscopia promedio, la sedación consciente es adecuada. El colon en realidad no tiene fibras de dolor en el interior, realmente no tiene fibras de dolor en el interior, pero hay fibras de estiramiento en el exterior o del intestino. Y así, cuando las personas sienten incomodidad, ocurre cuando pasamos por las curvas, el colon no es una línea recta, tiene muchas vueltas y curvas. Así que un poco de calambres al pasar por las curvas es bastante normal. Pero el riesgo de una complicación mayor de una colonoscopia es del orden de uno en 2000, lo que significa que 1999 veces de cada 2000 es un procedimiento sencillo. Si se encuentra un pólipo, casi siempre se puede tratar al mismo tiempo. Las lesiones muy grandes pueden requerir un segundo examen o la ayuda de una persona más experta en ese tipo de lesiones difíciles. Pero la gran mayoría de las veces, si se encuentra un pólipo, se eliminará al mismo tiempo que el examen inicial.

**21:26** Habiendo estado en el extremo receptor, por así decirlo, creo que la parte más difícil fue la preparación. He tenido más de una colonoscopia. Así que la he tenido con sedación consciente y sin nada. Sin nada fue porque iba a ver a mi jefe justo después del procedimiento, así que no quería estar atontado hablando con mi jefe en ese momento. Y puedo atestiguar que pasar por esas curvas es incómodo, por decir lo menos. Pero en general, es un procedimiento bastante sencillo. Y me gustaría que la gente supiera y reconociera eso. Así que no se desanimen de hacerse las pruebas por miedo a que la colonoscopia sea un procedimiento difícil. Algunas personas dirían, bueno, ¿por qué no ir directamente a la colonoscopia? Realmente estás viendo el interior del intestino, puedes ver todos estos pequeños pólipos o pequeños cánceres formándose y así sucesivamente. ¿Por qué hacer la prueba con el FIT? Y estoy seguro de que eso surge a menudo. Y necesitamos responder a eso.

**22:34** Sí, lo hace. Y esto ha evolucionado en la última década más o menos. Hubo un fuerte impulso y, en cierta medida, en otras jurisdicciones, particularmente en los Estados Unidos, hay un fuerte impulso de que deberías ir directamente a la colonoscopia, como dijiste, Bill. En muchas otras jurisdicciones y, en particular, en Ontario, ya no recomendamos eso. Y realmente tiene que ver con la capacidad. Y aquí es donde la aritmética comienza a ser realmente importante. Porque si miras los beneficios de hacer pruebas FIT y hacer colonoscopias a las personas que las necesitan en comparación con las personas que las quieren, de repente, si realizas el cribado de 100,000 personas en Ontario con colonoscopia, va a costar una enorme cantidad de recursos. Mientras que si realizas el cribado con una prueba de heces y solo haces colonoscopias a los que son positivos, vas a detectar alrededor de 10 veces más cánceres haciendo la prueba FIT que haciendo solo 100,000 colonoscopias. Así que Cancer Care Ontario es muy claro ahora en que realmente no deberíamos ofrecer colonoscopia de rutina para personas a los 50 años. Y deberíamos centrarnos en aquellos que han realizado la prueba FIT y han sido positivos. También diría que, en el mundo COVID tal como existe ahora, nuestra capacidad para hacer este tipo de procedimientos se ve afectada. Así que nuestra capacidad para ofrecer pruebas de cribado de riesgo promedio para las personas cuando estamos luchando para mantener los procedimientos para las personas que realmente los necesitan está realmente comprometida. Es otra realidad del mundo COVID en el que estamos.

**24:32** Quería preguntarte sobre los impactos del COVID. En términos de la prueba FIT, no debería haber nada que lo impacte negativamente desde la perspectiva de la pandemia. Así que puedo entender el lado de las colonoscopias, pero ¿ha interferido de alguna manera con que la gente realmente reciba sus pruebas FIT enviadas a ellos?

**24:57** Sí, lo hizo por un tiempo. Así que a finales de marzo, Cancer Care Ontario y el laboratorio pusieron la prueba FIT en espera porque realmente dejamos de hacer todos los procedimientos, excepto los más urgentes. Eso ahora ha sido detenido. Y estamos de vuelta a la oferta normal de pruebas FIT para cualquier persona mayor de 50 años que no pertenezca a un grupo de alto riesgo. Así que lo hizo por un tiempo, pero eso ya pasó. Y estamos de vuelta y esperamos estar a toda máquina.

**25:30** Bueno, eso es bueno escuchar. Porque sé que ha habido algunas estimaciones en los EE. UU. sobre los impactos de la suspensión de los programas de cribado durante la pandemia, lo que resulta en cánceres que emergen más tarde y que son más avanzados y en realidad aumentan las tasas de mortalidad. De hecho, el Dr. Fauci, creo que en julio, estaba estimando algo del orden de 20,000 muertes adicionales por cáncer debido a la suspensión de los programas de cribado. Así que me alegra escuchar que la prueba FIT está disponible para las personas y con suerte están prestando atención y enviándola. ¿Y cuál es el papel de la sigmoidoscopia flexible? ¿Sigue existiendo el programa de sigmoidoscopia liderado por enfermeras en Hamilton o ha sido reemplazado por la prueba FIT?

**26:25** Eso ha sido reemplazado ahora. Así que lo que Bill está refiriendo es como una tercera parte de una colonoscopia, mira el lado izquierdo del colon. Y estaba destinado a ser un mecanismo para identificar personas que estaban en alto riesgo de pólipos y sugerir a aquellos que necesitaban continuar con una colonoscopia. Hay mucha literatura a lo largo de los años que ha mostrado que eso es beneficioso. Pero, de nuevo, es una cuestión de capacidad. Y dado los efectos cada vez más positivos del cribado con FIT, la provincia ha dejado de ofrecer sigmoidoscopia flexible.

**27:09** Es bueno saberlo. Ahora, hay algunas otras formas de cribado del colon y me imagino que la respuesta va a ser similar, pero hay medios radiológicos como la tomografía computarizada y otras cosas. ¿Hay circunstancias especiales donde es útil hacer el cribado utilizando estos otros tipos de tecnología?

**27:33** Sí, así que la colonografía por tomografía computarizada obtuvo mucha tracción hace varios años como una modalidad de cribado. Y básicamente lo que eso significa es que aún tienes que hacer una preparación para tener tu colon lo más limpio posible. Pero en lugar de venir y hacerte una colonoscopia, vas y te haces una tomografía computarizada donde distienden tu colon con dióxido de carbono o aire y luego te hacen una tomografía computarizada. Y si encuentran un pólipo, entonces te hacen una colonoscopia. Y si no, entonces estás fuera del problema. De nuevo, es una cuestión de recursos en su mayoría, pero también hay un pequeño grupo de personas que tienen colones muy torcidos. Sabes, algunas personas tienen el pelo lacio, algunas personas tienen el pelo rizado, algunas personas tienen colones muy rizados que son difíciles de negociar. Y en ese caso, una tomografía computarizada es una muy buena segunda opción, pero no sería nuestra primera opción.

**28:37** Claro. Ahora, hablamos sobre factores de riesgo, enfocándonos mayormente en la dieta. ¿Hay alguna otra cosa que las personas puedan hacer que pueda reducir su riesgo de desarrollar cáncer de colon?

**28:55** Sí, creo que solo les pediría que presten atención a cualquier síntoma nuevo que diga que esto es diferente para mí. Todo el mundo tiene su propio hábito intestinal. Y realmente no hay un normal fijo. No hay una ley que diga que necesitas evacuar todos los días a las 6 am o a cualquier otra hora específica. Pero si notas un cambio significativo en tu hábito intestinal previo a algo nuevo, eso vale la pena una conversación con tu médico. Si tienes sangrado rectal, eso es definitivamente algo que querríamos pensar y, sabes, una gota de sangre de vez en cuando si estás esforzándote durante el movimiento intestinal es una cosa, pero si ahora ves un cambio y ves sangrado rectal o tienes presión o dolor en el recto, esos son síntomas que ahora te moverían del cribado a una evaluación sintomática por tu médico y por tu gastroenterólogo o cirujano general y luego una decisión sobre si realmente necesitas hacerte una colonoscopia. Así que es solo prestar atención a tu cuerpo y las cosas que están cambiando o cosas que no son normales para ti.

**30:10** Y si tuvieras algunas recomendaciones sobre tratar de reducir tu riesgo y mencionaste cosas como ejercicio, ¿hay algún papel para la aspirina? Tomamos mini aspirina para tratar de no tener un ataque cardíaco. La gente a menudo está con estatinas para reducir su colesterol y se dice que estas cosas tienen alguna influencia en el cáncer de colon.

**30:34** Sí, hablemos de la aspirina brevemente. Hay evidencia de que la aspirina y los medicamentos antiinflamatorios reducen la tasa de recurrencia o la tasa de desarrollo de pólipos. Y hay un par de ensayos, de hecho, que han mostrado que las personas que toman aspirina en dosis bajas tienen una menor incidencia de pólipos. Pero esta es una espada de doble filo. Y la aspirina y los medicamentos antiinflamatorios también tienen el potencial de causar sangrado en el intestino y el desarrollo de úlceras. Así que esa es una conversación que necesitas tener con tu médico de familia sobre el riesgo-beneficio. No espero que este grupo o tu audiencia haya estado prestando mucha atención a esto necesariamente. Pero las recomendaciones más recientes para la prevención de ataques cardíacos con aspirina también han cambiado y son mucho más conservadoras de lo que solían ser en términos de quién debe tomar aspirina. Y diría que lo mismo aplicaría. Dieta baja en grasas absolutamente importante. La evidencia de que tomar un medicamento para reducir el colesterol reduce el cáncer de colon no es excelente, si es que existe. Y después de eso, realmente no hay mucha otra intervención médica que se pueda recomendar. Sabes, bromeo un poco con la gente en mi clínica y desde el punto de vista de la dieta les digo: Escuchen, si realmente sabe bien, deben pensarlo dos veces antes de comerlo porque probablemente tenga grasa y puede que no sea la mejor elección.

**32:22** Bueno, eso es un comentario bastante interesante que podría ser un buen comentario para terminar. Pero no creo que debamos parar ahí. Quería darte una última oportunidad, mientras terminamos, solo para decir lo que querrías que la audiencia escuchara sobre el cribado colorrectal. ¿Cuál es el mensaje clave en este momento que deberían estar procesando, particularmente en este desafortunado período de pandemia de COVID?

**32:50** Creo que diría un par de cosas. Y empezaste esto al principio, Bill, y es que el cáncer de colon es común. Es el segundo cáncer más común en nuestra sociedad. Y es diferente a muchos cánceres porque si se detecta temprano, podemos hacer una gran diferencia. Así que esta es una oportunidad real para que las personas sean cuidadosas y se cuiden. Y por favor, tengan una conversación con su médico de familia sobre hacer la prueba de heces para el cribado. Creo que esa es la primera. La segunda es que si tienes una prueba positiva, por favor subraya cuatro veces, por favor ven y hazte tu colonoscopia. Eso te hará dentro de las ocho semanas de recibir el resultado. Y hay una muy buena posibilidad de que hagamos algo realmente beneficioso para ti. Así que por favor, si lo haces y es positivo, ven a vernos. Todo el mundo está preocupado por el COVID. El hospital es seguro. Es un lugar donde puedes venir con confianza de que el personal y todos los demás están siguiendo todas las recomendaciones para reducir el riesgo de COVID. Y por favor, no te demores porque hay muy buena evidencia de que cuanto más tiempo esperes después de una prueba FIT positiva, más probable es que tengas un tumor más avanzado.

**34:11** Bueno, esos son mensajes excelentes para que los oyentes escuchen y con los que terminemos. Y quiero agradecerte mucho, Dr. Loman, por dedicar tu tiempo a hablarnos sobre el cribado colorrectal, su importancia y cómo puede hacer una gran diferencia en la prevención o en encontrar el cáncer colorrectal temprano cuando es mejor tratado con los mejores resultados. Así que muchas gracias por tu tiempo. Cuídate.

**34:39** Gracias, Phil. Es un placer. Aprecio la oportunidad.

**34:43** Este ha sido el programa del cáncer, traído a ustedes por el Programa de Asistencia contra el Cáncer.