

SOCIEDAD INTERAMERICANA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Precisiones sobre el estudio NordICC y su difusión mediática.

COMUNICADO TÉCNICO DE POSICIÓN · Mayo 2026

Resumen ejecutivo

Ante las publicaciones en diversos medios de prensa de las Américas, generadas tras los resultados del estudio NordICC, este documento de la SIED busca aclarar su verdadera interpretación en el contexto del creciente aumento del cáncer colorrectal en América Latina. Lejos de cuestionar el valor de la colonoscopia, el estudio refleja principalmente problemas de adherencia e implementación del tamizaje. En una región donde el diagnóstico tardío sigue siendo frecuente, reforzar los programas de screening es esencial para prevenir enfermedad avanzada y reducir mortalidad. El mensaje central es claro: el screening salva vidas cuando existe acceso, calidad y participación efectiva.

1. Introducción

El 8 de mayo de 2026, la revista *The Lancet* publicó los resultados a 13 años del estudio NordICC, un ensayo clínico aleatorizado y multicéntrico que evaluó el impacto de la colonoscopia como herramienta de tamizaje primario del cáncer colorrectal en Noruega, Polonia y Suecia. En pocas horas, medios de comunicación de toda la región (desde México hasta Argentina) reprodujeron versiones del mismo titular alarmista.

La Sociedad Interamericana de Endoscopia Digestiva (SIED), que reúne a las 22 principales sociedades científicas de gastroenterología y endoscopia de América Latina, el Caribe y Norteamérica, considera imprescindible responder con precisión, con rigor científico y con una perspectiva que refleje la realidad del continente.

Según datos de GLOBOCAN 2022, **el cáncer colorrectal ocupa el tercer lugar en incidencia y el segundo lugar en mortalidad en América Latina y el Caribe, con una tendencia al aumento de la mortalidad a nivel regional.** Las proyecciones indican que la incidencia de cáncer colorrectal en la región podría incrementarse hasta un 60% para el año 2030. En contraste con lo que ocurre en países de alto ingreso de Europa del Norte y Norteamérica (donde la mortalidad está descendiendo gracias a décadas de programas organizados de tamizaje), en América Latina esa reducción aún no se ha materializado en la mayoría de los países.

Una revisión sistemática publicada en *JAMA Network Open* en 2024 (Montalvan-Sanchez et al.) confirmó que el tamizaje de cáncer colorrectal es factible en países de ingreso medio-alto de Latinoamérica, con tasas de detección de neoplasias comparables a las de regiones de alto ingreso, **pero que la mayoría de los países de la región aún carecen de programas organizados y sistemáticos de tamizaje.** Esta es la brecha real que define nuestra agenda regional.

En este contexto, **el comunicado que presentamos a continuación tiene un doble propósito**: primero, dar una respuesta técnicamente fundamentada a los titulares generados por NordICC, para que los profesionales y la comunidad toda cuenten con información veraz para una adecuada interpretación de los resultados de dicho estudio.

Segundo, reafirmar el compromiso de SIED con el tamizaje del cáncer colorrectal como imperativo de salud pública en las Américas, más allá de las particularidades metodológicas de cualquier estudio individual.

2. La cobertura mediática

En las horas siguientes a la publicación del estudio, medios de amplia circulación regional publicaron notas con títulos como *"Un estudio de 13 años pone en duda que la colonoscopia reduzca la muerte"*, *"The Lancet cuestionó la efectividad de la colonoscopia"* o *"La colonoscopia podría ser menos útil de lo que se creyó durante décadas"*.

Estas coberturas comparten un patrón que merece ser señalado: reproducen el hallazgo principal del estudio, la reducción de mortalidad no fue estadísticamente significativa, sin el contexto metodológico, epidemiológico y clínico indispensable para interpretarlo correctamente.

Errores frecuentes en la cobertura mediática identificados:

- X Omitir que solo el 42% de los invitados se realizó efectivamente la colonoscopia.
- X No informar que la mortalidad en el grupo sin tamizaje fue casi la mitad de lo que los autores proyectaron al diseñar el estudio.
- X Ignorar que el análisis por protocolo (quienes sí se hicieron la colonoscopia) mostró una reducción del 45% en la incidencia de cáncer.
- X No aclarar que el estudio evaluó una sola colonoscopia en toda la vida del participante, no un programa de tamizaje periódico.
- X No distinguir entre colonoscopia como tamizaje primario y colonoscopia como confirmación tras FIT positivo (estrategia dominante en la región).
- X No citar la evidencia robusta que respalda el tamizaje con FIT.

Un titular erróneo puede llevar a abandonar controles que salvan vidas. Por ello presentamos aquí información sólida para ser utilizada cuando y como corresponda.

3. ¿Qué estudió NordICC y qué no estudió?

El estudio NordICC incluyó 84.583 personas de 55 a 64 años en Noruega, Polonia y Suecia, asignadas al azar a recibir una invitación a realizarse una colonoscopia de tamizaje o a no recibir ninguna intervención. El objetivo era medir, luego de 13 años, si el grupo invitado al tamizaje tenía menor incidencia y mortalidad por cáncer colorrectal.

Este diseño es conceptualmente distinto de estudiar el FIT (la estrategia más extendida en América Latina), así como de evaluar programas de tamizaje periódico o de colonoscopia como paso diagnóstico tras un FIT positivo. Se trata, específicamente, de **colonoscopia como primer y único paso del tamizaje, realizada una sola vez en la vida del participante.**

Es también relevante señalar que los países del estudio (Noruega, Polonia y Suecia) no contaban con programas organizados de tamizaje colorrectal al inicio del ensayo, lo que los hace epidemiológica y sanitariamente distintos de los contextos donde hoy se implementan o se impulsan programas en nuestra región.

4. Los hallazgos principales en lenguaje claro

Lo que el estudio encontró

Tras 13 años de seguimiento, el grupo invitado al tamizaje mostró una reducción estadísticamente significativa del 19% en la **incidencia** de cáncer colorrectal respecto al grupo no tamizado. Esto significa que la colonoscopia, cuando se realiza, evita que aparezcan cánceres, fundamentalmente porque detecta y extirpa los pólipos que los originan.

La reducción de la **mortalidad** específica fue del 12% a favor del tamizaje, pero este resultado no alcanzó significación estadística. **Sin embargo, una reducción del 12% no es ausencia de beneficio, es un beneficio que el tamaño del estudio y las condiciones actuales no permitieron confirmar estadísticamente.**

Por qué la mortalidad no fue significativa (el dato que los medios ignoraron).

Al diseñar el estudio, hace casi 20 años, los investigadores proyectaron que el 0,82% de las personas del grupo sin tamizaje morirían de cáncer colorrectal. La tasa observada fue de apenas 0,47%, casi la mitad de lo esperado, incluso entre quienes no se tamizaron.

¿Por qué? Porque el tratamiento del cáncer colorrectal ha mejorado radicalmente en dos décadas: nuevas técnicas quirúrgicas, quimioterapia más eficaz, radioterapia de precisión e inmunoterapia. Cuando la mortalidad de base cae tan significativamente, cualquier intervención preventiva tendrá mayor dificultad para demostrar una reducción adicional estadísticamente significativa. Esto no invalida el tamizaje; al contrario, lo complementa.

La diferencia entre intención de tratar y análisis por protocolo

Solo el 42% de las personas invitadas se realizaron efectivamente la colonoscopia. Cuando se analiza a quienes sí completaron el procedimiento (análisis por protocolo), **la reducción en la incidencia de cáncer colorrectal asciende al 45%.**

Esto ilustra un principio clínico y de salud pública fundamental, especialmente relevante en nuestra región: el tamizaje solo funciona si se realiza.

5. La realidad latinoamericana: donde el riesgo crece y el acceso falta

La región enfrenta un escenario de **doble inequidad**: la incidencia y mortalidad por cáncer colorrectal están en aumento, con una mortalidad que crece a una tasa anual del 2,48% según GLOBOCAN 2022, mientras que la cobertura de programas organizados de tamizaje permanece baja o inexistente en la mayoría de los países.

Una evaluación de 27 países del CELAC publicada en el International Journal of Cancer (Mosquera et al., 2024) identificó múltiples barreras sistémicas para el tamizaje oncológico en la región: disponibilidad limitada de servicios, barreras de acceso económico y geográfico, baja aceptabilidad cultural, formación insuficiente entre proveedores de salud y ausencia de sistemas de seguimiento efectivo.

En este contexto, la desinformación generada por coberturas mediáticas sin un análisis profundo y titulares alarmistas, tiene un impacto particularmente grave: en poblaciones donde la cultura del tamizaje aún está en construcción, **un titular negativo sobre la colonoscopia puede demorar años de avance en adherencia.**

Las sociedades miembro de SIED han observado, en sus respectivos contextos nacionales, cómo la desconfianza en los procedimientos preventivos y el miedo al diagnóstico siguen siendo barreras mayores que las barreras económicas.

El cáncer colorrectal, a diferencia de muchos otros, es uno de los pocos cánceres que puede prevenirse. La detección y eliminación de pólipos adenomatosos antes de su transformación maligna es una oportunidad terapéutica única que no existe en casi ninguna otra neoplasia frecuente.

Desaprovecharla en un continente donde la incidencia crece es un error que tiene consecuencias mensurables en vidas humanas.

6. Las estrategias de tamizaje en la región

América Latina no es un bloque homogéneo. Los países de la región presentan diferentes sistemas de salud, diferentes niveles de recursos endoscópicos, distintas capacidades de seguimiento y distintas realidades epidemiológicas. Es por eso que SIED no promueve un modelo único de tamizaje, sino un conjunto de principios evidenciados que cada sociedad miembro puede adaptar a su contexto.

El FIT (test inmunoquímico de sangre oculta en heces) es la estrategia más escalable en entornos con recursos endoscópicos limitados, con alta aceptabilidad por parte de los pacientes y evidencia sólida de reducción de mortalidad. Cuatro ensayos aleatorizados clásicos demostraron reducciones de mortalidad de entre el 15% y el 30% con test de sangre oculta en heces. El ensayo COLONPREV (*The Lancet*, 2025), con más de 50.000 participantes y 10 años de seguimiento en España, demostró que el FIT bienal no fue inferior a la colonoscopia en términos de mortalidad por cáncer colorrectal, con mayor aceptación por los participantes.

La colonoscopia sigue siendo el estándar de referencia diagnóstico y terapéutico en la cadena de tamizaje: como confirmación diagnóstica tras un FIT positivo, como herramienta de vigilancia post-polipectomía y como procedimiento de tamizaje en contextos con capacidad instalada y alta adherencia proyectada.

El estudio NordICC no compara estas dos estrategias entre sí, ni evalúa la colonoscopia como parte de una cadena FIT → colonoscopia. Sus hallazgos no dicen nada sobre la efectividad del FIT, que es la estrategia prioritaria para la mayoría de los sistemas de salud de nuestra región.

7. La evidencia que respalda el tamizaje con FIT: sólida e independiente

La base científica del tamizaje con test de sangre oculta en heces es robusta y acumulada durante más de tres décadas:

- Minnesota (Mandel et al., NEJM 1993), Nottingham (Hardcastle et al., Lancet 1996), Dinamarca (Kronborg et al., Lancet 1996) y Francia (Faivre et al., Gastroenterology 2004): cuatro ensayos aleatorizados que demostraron reducciones de mortalidad por cáncer colorrectal de entre el 15% y el 30%.
- Doubeni et al. (JAMA Network Open, 2024): en un estudio observacional con decenas de miles de personas en dos grandes sistemas de salud, realizarse al menos un FIT de tamizaje se asoció con una reducción del 33% en el riesgo de morir de cáncer colorrectal.

- COLONPREV (The Lancet, 2025): FIT bienal no inferior a colonoscopia en mortalidad por CRC, con mayor adherencia poblacional.
- Montalvan-Sanchez et al. (JAMA Network Open, 2024): revisión sistemática que confirma la factibilidad del tamizaje con FIT en países de ingreso medio-alto de América Latina, con tasas de detección de neoplasias comparables a regiones de alto ingreso.

En síntesis: la evidencia disponible apoya firmemente que el tamizaje con FIT, correctamente implementado y seguido de colonoscopia cuando corresponde, reduce la incidencia y la mortalidad por cáncer colorrectal. El estudio NordICC no altera esta conclusión.

8. Limitaciones del estudio que la cobertura mediática omitió

- El estudio ofreció una sola colonoscopia en toda la vida de los participantes. Los programas de tamizaje modernos prevén repetición periódica, lo que multiplica el beneficio preventivo acumulado.
- La tasa de participación fue del 42%, significativamente menor a la de programas poblacionales eficaces. El análisis por protocolo (quienes sí se tamizaron) mostró una reducción del 45% en la incidencia.
- El estudio no incluyó un brazo de tamizaje con FIT, por lo que ninguna comparación entre ambas estrategias puede inferirse.
- Los países del estudio (Noruega, Polonia, Suecia) no tenían programas organizados de tamizaje al inicio del ensayo, escenario epidemiológica y sanitariamente distinto al de los programas modernos en América Latina.
- La mortalidad por cáncer colorrectal cayó drásticamente en las últimas décadas por avances terapéuticos, haciendo estadísticamente más difícil demostrar reducciones adicionales con intervención preventiva, sin que ello invalide el tamizaje.
- La Sociedad de Cirujanos Gastrointestinales y Endoscópicos de los Estados Unidos (SAGES) señaló explícitamente (cuando analizo este mismo estudio peor a 10 años) que el hallazgo de menor beneficio en mortalidad no debe impactar en las recomendaciones nacionales de tamizaje, y que la reducción de incidencia es el resultado más importante.

9. Mensaje a la comunidad, a los profesionales y a los medios

El cáncer colorrectal es el segundo cáncer más mortal en América Latina. La mayoría se desarrolla a partir de pólipos benignos que, detectados a tiempo, pueden extirparse de forma segura y definitiva. En una región donde el acceso a diagnósticos tardíos sigue siendo frecuente, el tamizaje no es una opción secundaria: es la herramienta más poderosa disponible para reducir la carga de esta enfermedad.

El estudio NordICC aporta información valiosa sobre los límites reales de la colonoscopia como único paso del tamizaje en un contexto europeo específico. No es un estudio que cuestione el tamizaje en general, ni el FIT en particular. Interpretar sus resultados como un argumento para no tamizarse sería un error con consecuencias clínicas serias y con un costo humano particularmente alto en una región donde la cultura preventiva aún está consolidándose.

Instamos a los medios de comunicación de toda América a analizar profundamente el tema y evitar titulares alarmistas antes de publicar información sanitaria de alta sensibilidad. La desinformación en salud tiene un costo, que para el caso del cáncer colorrectal, se mide en vidas.

Instamos también a los gobiernos y sistemas de salud de la región a no utilizar este estudio como justificación para postergar o debilitar programas de tamizaje. La evidencia a favor del tamizaje es sólida.

El tamizaje salva vidas.

La colonoscopia y el FIT son herramientas complementarias, no rivales.

Realizarse el test es siempre mejor que no realizárselo.

En América Latina, hacer más tamizaje es la única dirección correcta.

10. Para las sociedades científicas miembro de SIED

Este comunicado ha sido preparado como documento de referencia regional y puede ser adaptado, endosado o reproducido por las sociedades miembro de SIED en sus respectivos contextos nacionales. SIED pone a disposición de sus miembros sus canales de comunicación institucional para amplificar este mensaje de manera coordinada en el continente.

Ante consultas de medios, pacientes o autoridades sanitarias, las sociedades miembro pueden utilizar este documento como base técnica y contactar a la Secretaría de SIED para apoyo adicional en comunicación.

Redacción

Dr. Asadur Jorge Tchekmedyian
Dr. Carlos Eduardo Dos Santos
Dr. Luis Caro

Documento aprobado para distribución y adaptación por las sociedades científicas miembro

Dr. Carmelo Blasco, Presidente
Dr. José Villarejo, Secretario

Sociedad Interamericana de Endoscopía Digestiva (SIED) · Mayo 2026

Referencias

1. Kaminski MF et al. Long-term effects of colonoscopy screening on colorectal cancer incidence and mortality: a multicountry, population-based randomised controlled trial (NordICC, 13-year follow-up). *The Lancet* 2026; 407: 1787–1795.
2. Bretthauer M et al. Effect of colonoscopy screening on risks of colorectal cancer and related death (NordICC, 10-year results). *N Engl J Med* 2022; 387: 1547–1556.
3. Castells A et al. Effect of invitation to colonoscopy versus faecal immunochemical test screening on colorectal cancer mortality (COLONPREV). *The Lancet* 2025; 405: 1231–1239.
4. Montalvan-Sanchez EE et al. Colorectal Cancer Screening Programs in Latin America: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Network Open* 2024; 7(2): e2354256.

5. *Doubeni CA et al. Fecal immunochemical test screening and risk of colorectal cancer death. JAMA Network Open 2024; 7: e2423671.*
 6. *Mosquera I et al. Assessment of barriers to cancer screening and interventions implemented to overcome these barriers in 27 Latin American and Caribbean countries. Int J Cancer 2024; 155(4): 719–730.*
 7. *Fleitas-Kanonnikof et al. Colorectal Cancer in Latin America. OncoDaily Medical Journal 2025.*
 8. *GLOBOCAN 2022. Cancer Incidence and Mortality Estimates in Latin America and the Caribbean. Cancer Research Communications 2025; 5(12): 2236.*
 9. *Mandel JS et al. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. N Engl J Med 1993; 328: 1365–1371.*
 10. *Hardcastle JD et al. Randomised controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer. Lancet 1996; 348: 1472–1477.*
 11. *Kronborg O et al. Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal-occult-blood test. Lancet 1996; 348: 1467–1471.*
 12. *SAGES (Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons). Declaración institucional sobre los resultados del estudio NordICC, publicada en The Lancet, mayo 2026.*
-