



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

## 157 - TOMA DE DECISIONES BASADA EN LA EVIDENCIA EN LOS PROGRAMAS DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL EN SITUACIÓN DE PANDEMIA

P. Carrera-Lasfuentes<sup>1,2</sup>, R. Aznar-Gimeno<sup>3</sup>, R. del Hoyo-Alonso<sup>3</sup>, M. Doblare<sup>4,5</sup> y Á. Lanas<sup>6,7</sup>

<sup>1</sup>CIBERehd. <sup>2</sup>Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (IIS Aragón), Zaragoza. <sup>3</sup>Instituto Tecnológico de Aragón (ITAINNOVA), Zaragoza. <sup>4</sup>Instituto Universitario de Investigación en Ingeniería de Aragón (I3A), Universidad de Zaragoza. <sup>5</sup>CIBERbbn. <sup>6</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. <sup>7</sup>Universidad de Zaragoza.

### Resumen

#### *Póster con relevancia para la práctica clínica*

**Introducción:** La pandemia de COVID-19 obligó a interrumpir muchos programas de cribado de cáncer colorrectal (CCR). Reanudarlos de forma eficiente y segura es una prioridad. El objetivo de este trabajo es proporcionar una metodología que permita la toma de decisiones basada en la evidencia en los programas de cribado con prueba inmunológica fecal de hemoglobina (FIT).

**Métodos:** Basados en los datos del programa de cribado poblacional en Aragón entre 2014 y 2018, se han considerado dos escenarios hipotéticos, no modificar vs modificar el punto de corte de FIT, para determinar la necesidad de colonoscopias en función del número de invitaciones y la oferta de colonoscopias. Se evalúa en ambos escenarios el número de lesiones perdidas o no diagnosticadas a tiempo, considerando un comportamiento constante en el tiempo.

**Resultados:** Para el punto de corte actual (20 mg Hb/g heces) sería necesaria una oferta de 6.606 colonoscopias por cada 100.000 personas invitadas. Considerando el primer escenario (no modificar el punto de corte) y asumiendo una reducción del 10-40% de colonoscopias, sería necesario retrasar el cribado de una parte importante de la población. El número de lesiones no detectadas el primer año excedería notablemente al número de lesiones perdidas en el segundo escenario (incrementar el punto de corte hasta el equilibrio entre oferta y demanda de colonoscopias) según se observa en la tabla. Los resultados del primer escenario se podrían mejorar priorizando la población según riesgo por sexo.

**Tabla.** Comparación de los dos escenarios con relación al número de lesiones no diagnosticadas o no diagnosticadas a tiempo sobre 100.000 invitaciones al año. Estratificado por disponibilidad de colonoscopias respecto de las necesarias y criterio de llamada en el escenario 1. Los datos se aportan como n (%), con % calculado respecto del total de lesiones que se hubieran encontrado con el 100% de colonoscopias disponibles.

% Colonoscopias disponible	Escenario	Adenoma riesgo bajo	Adenoma riesgo medio	Adenoma riesgo alto	Cancer	Total lesiones
90%	<b>Escenario 1</b> Criterio aleatorio	101 (10.0%)	141 (10.0%)	73 (10.0%)	34 (10.0%)	349 (10.0%)
	<b>Escenario 1</b> Criterio priorizado	102 (10.1%)	103 (7.3%)	42 (5.8%)	22 (6.5%)	269 (7.7%)
	<b>Escenario 2</b>	97 (9.6%)	98 (6.9%)	29 (4.0%)	9 (2.7%)	233 (6.7%)
80%	<b>Escenario 1</b> Criterio aleatorio	202 (20.0%)	283 (20.0%)	145 (20.0%)	67 (20.0%)	697 (20.0%)
	<b>Escenario 1</b> Criterio priorizado	205 (20.3%)	206 (14.6%)	85 (11.6%)	44 (12.9%)	540 (15.5%)
	<b>Escenario 2</b>	203 (20.1%)	198 (14.0%)	62 (8.5%)	21 (6.2%)	484 (13.9%)
70%	<b>Escenario 1</b> Criterio aleatorio	303 (30.0%)	424 (30.0%)	218 (30.0%)	101 (30.0%)	1046 (30.0%)
	<b>Escenario 1</b> Criterio priorizado	307 (30.4%)	309 (21.9%)	127 (17.5%)	65 (19.4%)	808 (23.2%)
	<b>Escenario 2</b>	298 (29.5%)	300 (21.2%)	108 (14.9%)	29 (8.6%)	735 (21.1%)
60%	<b>Escenario 1</b> Criterio aleatorio	404 (40.0%)	568 (40.0%)	288 (40.0%)	135 (40.0%)	1395 (40.0%)
	<b>Escenario 1</b> Criterio priorizado	410 (40.5%)	412 (29.2%)	169 (23.3%)	87 (25.9%)	1078 (30.9%)
	<b>Escenario 2</b>	398 (39.4%)	410 (29.0%)	145 (19.9%)	36 (10.7%)	989 (28.4%)

**Conclusiones:** Asumiendo el desajuste actual entre oferta y demanda de colonoscopias, incrementar el punto de corte es más efectivo que mantenerlo y reducir la población invitada. Esta situación supondría un colapso del sistema ya que la población iría creciendo de forma lineal para la misma oferta de colonoscopias. El uso de factores de riesgo específicos (ej. sexo y edad) también podría ser considerado para priorizar el acceso a las pruebas.