



Gastroenterología y Hepatología



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

P-36 - ESTRATEGIAS DE PREDICCIÓN Y PREVENCIÓN EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA INTERNACIONAL

Iago Rodríguez-Lago¹, Ana Catarina Bravo², Sara Godt Christensen³, Mette Julsgaard^{3,4}, Daniel Ginard⁵, Heidi Gram Sørensen⁶, Gionata Fiorino⁷, Anthony Buisson⁸, Nickolas Stemmer⁹, Natalia Queiroz¹⁰, Adriana Ribas¹¹, Viviana Parra¹², Corey A. Siegel¹³, Kenneth Croitoru¹⁴, Elizabeth Spencer¹⁵, Inga Peter¹⁶, Jean-Frédéric Colombel¹⁷, Manasi Agrawal^{17,18}, Ryan Ungaro¹⁷, Catarina Fidalgo¹⁹, Bárbara Morão¹⁹ y Joana Torres^{17,19,20}

¹Hospital Universitario de Galdakao, Gastroenterology, Galdakao. ²Division of Gastroenterology, Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal. ³Department of Hepatology and Gastroenterology, Aarhus University Hospital, Aarhus, Dinamarca. ⁴Center for Molecular Prediction of Inflammatory Bowel Disease [PREDICT], Department of Clinical Medicine, Aalborg University, Copenhagen, Dinamarca. ⁵Gastroenterology Department, Hospital Universitario Son Espases; Palma. ⁶Department of Medicine, Gjødstrup Hospital, Gjødstrup, Dinamarca. ⁷Department of Gastroenterology and Digestive Endoscopy and Vita-Salute San Raffaele University, Milan, Italia. ⁸Université Clermont Auvergne, Inserm, CHU Clermont-Ferrand. ⁹iHP, Service d'Hépato-Gastro Entérologie, Clermont-Ferrand, Francia. ¹⁰Staedtisches Klinikum Lueneburg, Department of Internal Medicine, Gastroenterology and Hepatology, Alemania. ¹¹Bahia State University UNEB, Department of Life Science, Salvador-Bahia, Brasil. ¹²Hospital Internacional de Colombia, Gastroenterology and Rheumatology, Bucaramanga, Colombia. ¹³Dartmouth Hitchcock Medical Center, Center for Digestive Health- Section of Gastroenterology and Hepatology, New Hampshire, EE. UU. ¹⁴University of Toronto and Zane Cohen Centre for Digestive Diseases-Mount Sinai Hospital, Department of Medicine, Toronto, Canadá. ¹⁵Icahn School of Medicine at Mount Sinai, Division of Pediatric Gastroenterology & Nutrition-Department of Pediatrics, New York, EE. UU. ¹⁶Icahn School of Medicine at Mount Sinai, Department of Genetics and Genomic Sciences, New York, EE. UU. ¹⁷Icahn School of Medicine at Mount Sinai, Dr. Henry D. Janowitz Division of Gastroenterology, New York, EE. UU. ¹⁸Center for Molecular Prediction of Inflammatory Bowel Disease PREDICT- Aalborg University, Department of Clinical Medicine, Copenhagen, Dinamarca. ¹⁹Hospital Beatriz Ângelo, Division of Gastroenterology, Loures, Portugal. ²⁰Hospital da Luz, Division of Gastroenterology, Lisbon, Portugal.

Resumen

Introducción: El período preclínico de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) ha emergido como una oportunidad para la identificación de factores de riesgo y biomarcadores previos al inicio de la EII. Con el uso de pruebas predictivas se podrían identificar pacientes en riesgo de desarrollar la enfermedad, así como desarrollar intervenciones y tratar de mitigar ese riesgo. Sin embargo, la viabilidad de esto dependería de si las personas en riesgo estarían dispuestas a someterse a pruebas predictivas e intervenciones preventivas.

Métodos: Diseñamos una encuesta electrónica anonimizada en cinco idiomas diferentes (inglés, portugués, español, danés y brasileño) y fue difundida por médicos y asociaciones nacionales de pacientes a familiares de primer grado (FPG) de personas con EII, padres con EII y con hijos sanos, y parejas sanas con al menos un hijo con EII. Los pacientes con EII también podían participar.

Resultados: En total, participaron 817 personas (75% mujeres, 41 ± 12 años) de 28 países diferentes. La mayoría de los participantes (59%) eran padres con EII con hijos sanos. El 50% de las personas con EII tenían enfermedad de Crohn, el 55% recibían agentes biológicos, el 25% tenía antecedentes quirúrgicos y el 62% describía un impacto significativo en su calidad de vida causado por la enfermedad. La mayoría de los participantes (85%) estarían dispuestos a someterse, o a hacer que sus hijos se sometan, a pruebas

predictivas, principalmente con pruebas mínimamente invasivas de sangre, saliva o heces o mediante ecografía. La mitad de los participantes aceptaría imágenes de sección transversal y el 38% aceptaría una colonoscopia. Los principales beneficios reconocidos con las pruebas predictivas fueron la posibilidad de iniciar intervenciones preventivas para minimizar el riesgo de desarrollar la EII (74%) y obtener un diagnóstico más temprano (63%). La principal desventaja fue la ansiedad generada por un resultado positivo (57%); el 10% de los participantes no percibió ninguna desventaja. En general, el 98% de los participantes estaría dispuesto a probar o hacer que sus descendientes prueben intervenciones preventivas. Las intervenciones preventivas más aceptadas fueron dejar de fumar (64%), ejercicio físico (81%), modificación/suplementación dietética (86%/71%) y probióticos (79%); con una duración óptima de la intervención de hasta un año (33%). Una eficacia del tratamiento > 80% tenía una aceptabilidad mayor (47%). La mayoría de los participantes consideró aceptable un riesgo de eventos adversos menores de hasta el 10%, aunque el 33% estaría dispuesto a aceptar un riesgo > 40% si se reducía en un 75% el riesgo de desarrollo de la enfermedad.

Conclusiones: Las pruebas predictivas e intervenciones preventivas en la EII serían altamente aceptadas por la población diana, especialmente si son mínimamente invasivas, no farmacológicas y altamente efectivas. Estos resultados ayudarán a informar sobre futuras pruebas de predicción e intervenciones preventivas.