



Gastroenterología y Hepatología



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

P-186 - EL CRIBADO CON TEST INMUNOLÓGICO FECAL (FIT) ANUAL ES MÁS COSTE-EFECTIVO QUE EL FIT BIENAL O LA COLONOSCOPIA EN LA POBLACIÓN CON ALTO RIESGO DE CÁNCER COLORRECTAL FAMILIAR NO SINDRÓMICO

D. Nicolás-Pérez¹, I. Castilla-Rodríguez², J. Cubiella³, M. Ponce⁴, J.M. Herrero-Rivas³, T. Ocaña⁵, L. Bujanda⁶, M.P. Roncales⁷, F. Sopena⁷, O. Castaño Fernández⁸, C. Alvarez-Urturi⁹, C. Bernardo-García¹⁰, J. Santiago-García¹⁰, E. Andreu-García¹¹, M. Llanos-Muñoz¹², N. González-Lopez¹, M. Carrillo-Palau¹, M. Salgado-Fernández¹³, F. Balaguer-Prunes⁵, Á. Lanas⁷, A. Suárez⁸, A. Herreros-de-Tejada¹⁰, R. Jover¹¹, X. Bessa⁹, A. Zebenzuy Gimeno-García¹ y E. Quintero^{1,14}

¹Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. ²Departamento de Ingeniería Informática y de Sistemas, Universidad de La Laguna. ³Servicio de Gastroenterología, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. ⁴Servicio de Gastroenterología, Hospital La Fe, Valencia. ⁵Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínic, Barcelona. ⁶Servicio de Gastroenterología, Hospital de Donostia, San Sebastián. ⁷Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ⁸Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ⁹Hospital del Mar, Barcelona. ¹⁰Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid. ¹¹Servicio de Gastroenterología, Hospital General Universitario de Alicante. ¹²Servicio de Oncología médica, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. ¹³Servicio de Oncología médica, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. ¹⁴Universidad de La Laguna.

Resumen

Introducción y objetivos: La colonoscopia cada 5 años, a partir de los 40 años de edad, es la estrategia de cribado recomendada en los familiares de primer grado (FPG) de pacientes con cáncer colorrectal (CCR) no sindrómico. Sin embargo, existen barreras que condicionan una baja adherencia a la colonoscopia en esta población. Recientemente, se ha sugerido que el test inmunológico fecal (FIT) puede ser una alternativa válida a la colonoscopia en este contexto. El objetivo del presente estudio fue comparar la eficacia y coste del FIT anual, FIT bienal y de la colonoscopia cada 5 años, para reducir la mortalidad por CCR en esta población de riesgo.

Métodos: Se construyó un modelo de Markov para simular la efectividad y el coste del FIT anual (FIT1), FIT bienal (FIT2) o colonoscopia cada 5 años (COL5), en una cohorte hipotética de 10.000 FPG asintomáticos, entre 40 y 75 años de edad, con alto riesgo de CCR no sindrómico (hermano con CCR, caso índice 60 años al diagnóstico de CCR o 2 casos índice con CCR independientemente de la edad al diagnóstico). Las estrategias de cribado se compararon con no cribado. Se asumió una adherencia del 50% para cada estrategia. El modelo incluyó datos reales de prevalencia de adenoma avanzado y CCR en la población española de riesgo familiar. Se diseñaron 4 subescenarios que distinguían diferentes prevalencias de lesiones neoplásicas en función del sexo e historia familiar de los FPG. Se calcularon los años de vida ajustados por calidad (AVAC) en comparación con no cribado, la carga de colonoscopias, el número de perforaciones relacionadas con la colonoscopia a lo largo de la vida y la razón coste-efectividad incremental (RCEI). Para la medición de los AVAC se utilizaron los datos de un cuestionario prospectivo EuroQoL, realizado en 920 pacientes españoles en diferentes estadios de la enfermedad. Se realizó un análisis de sensibilidad para evaluar la robustez del modelo.

Resultados: FIT1, FIT2 y COL5 fueron estrategias coste-efectivas respecto a no cribar. En el escenario basal, FIT1, FIT2 y COL5 redujeron la mortalidad por CRC en un 37,8%, 14,4% y 28,2%, respectivamente, respecto a no cribar, y redujeron la incidencia de CCR en un 42,7, 16,7 y 40,8%. Asumiendo que la participación inicial y la adherencia sucesiva al programa de cribado son óptimas (100%), la mortalidad y la incidencia se reducen en FIT1, FIT2 y COL5 en un 70,1% y 85,1%, 35,6% y 44,6%, y 56,9% y 79,4%, respectivamente. En comparación con no cribado, el ICER para FIT1, FIT2 y COL5 resulta 392€, 238€ y 1096€ por AVAC, respectivamente. FIT1 y FIT2 suponen un ahorro de 53% y 69% de colonoscopias en comparación con COL5. FIT1, FIT2 y COL5 reducen en mayor medida la mortalidad y la incidencia por CCR en los subescenarios con mayor prevalencia de lesiones neoplásicas.

Conclusiones: En FPG con alto riesgo de CCR no sintomático, el cribado con FIT1 es más coste-efectivo para reducir la incidencia y mortalidad por CCR que el cribado con FIT2 o COL5.