



Gastroenterología y Hepatología



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

CIERRE PREVENTIVO DE DEFECTOS MUCOSOS POST-RME DE LESIONES COLORRECTALES NO PEDICULADAS. ANÁLISIS DE COSTE-EFECTIVIDAD BASADO EN DATOS REALES

E. Albéniz Arbizu¹, N. Hervás Palacios¹, G. González-Gete¹, M.A. Álvarez², F. Estremera Arévalo¹, J.C. Espinos³, A. Zebenzuy Gimeno-García⁴, A. Herreros de Tejada⁵, J. Rodríguez Sánchez⁶, P. Rosón⁷, C. Guarner⁸, J.C. Marín⁹, B. Ibáñez Beroiz¹⁰ y M. Enguita-Germán¹¹

¹Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. ²Hospital del Mar, Barcelona. ³Hospital Universitari Mútua de Terrassa. ⁴Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife. ⁵Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid. ⁶Hospital General de Ciudad Real. ⁷Hospital Quirón, Málaga. ⁸Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ⁹Hospital 12 de Octubre, Madrid. ¹⁰Navarrabiomed-UPNA-IDISNA- REDISSEC, Pamplona. ¹¹Navarrabiomed, Pamplona.

Resumen

Introducción: La hemorragia diferida (HD) es la complicación grave más frecuente tras la resección mucosa endoscópica (RME). Dos ensayos aleatorizados demostraron que el cierre con clips de los defectos mucosos tras RME de lesiones colorrectales no pediculadas de gran tamaño (LCRNP), reduce el riesgo de HD. El objetivo fue analizar el coste-efectividad de la colocación profiláctica de clips usando la escala de riesgo de HD del Grupo de Resección Endoscópica de la Sociedad Española de Endoscopia (GSEED-RE).

Métodos: Se registraron las RME de LCRNP en la base de datos multicéntrica prospectiva del GSEED-RE desde abril de 2013. Los pacientes se clasificaron según la escala de riesgo del GSEED-RE. El tamaño de la escara y la reducción del riesgo de HD fueron obtenidas de nuestro ensayo (NCT02765022). Los gastos en profilaxis y manejo de HD se calcularon usando datos de coste del Sistema Navarro de Salud.

Se realizó un análisis de sensibilidad combinando los siguientes parámetros: tasa de hemorragia sin clip, coste por clip, intervalo entre clips, coste del cierre completo, coste del episodio de HD y el ratio incremental coste-efectividad (ICER). Se consideraron 24 combinaciones, con el fin de extrapolar estos datos en cualquier escenario económico.

Resultados: Se registraron 2.263 RME de 2.130 pacientes hasta julio de 2017. La tasa de HD sin profilaxis con clip fue de 4,6% en la cohorte total (CT) y de 12,9% en el grupo de alto riesgo (AR). El coste total promedio fue 2.749,4 € por episodio de HD (3.349,3€ en el grupo de AR). El coste estimado de la profilaxis con clips fue 257-450€, dependiendo del intervalo de clips (7 o 4 mm). La colocación universal de clips no fue coste- efectiva, pero la colocación selectiva en pacientes de AR fue coste-efectiva en varios escenarios.

	Colocación universal de clips (4.6% HD)				Colocación selectiva de clips (12.9% HD)			
	RRR 58.7%		RRR 89.6%		RRR 58.7%		RRR 89.6%	
	4 mm	7 mm	4 mm	7 mm	4 mm	7 mm	4 mm	7 mm
Medidas de coste								
Coste de profilaxis con clip, €	450.0	257.1	450.0	257.1	450.0	257.1	450.0	257.1
Coste de HD/por pólipo si se cierra, €	52.2	52.2	13.2	13.2	178.4	178.4	44.9	44.9
Coste de HD/por pólipo si no se cierra, €	126.5	126.5	126.5	126.5	432.1	432.1	432.1	432.1
Coste total/por pólipo si se cierra, €	502.2	309.4	463.2	270.3	628.4	435.6	494.9	302.1
Coste total/por pólipo si no se cierra, €	126.5	126.5	126.5	126.5	432.1	432.1	432.1	432.1
Coste incremental, €	375.8	182.9	336.7	143.8	196.4	3.5	62.9	-130.0
Medidas de efectividad								
Utilidad si se cierra, QALYs	0.832905	0.832905	0.833200	0.833200	0.832192	0.832192	0.33021	0.833021
Utilidad si no se cierra, QALYs	0.832343	0.832343	0.832343	0.832343	0.830617	0.830617	0.830617	0.830617
Eficacia incremental, QALYs	0.000562	0.000562	0.000857	0.000857	0.001575	0.001575	0.002404	0.002404
ICER, €	669.04	325.659	392.725	167.765	124.685	2.239	26.154	-54.065
Coste-efectividad	No	No	No	No	No	Si	Si	Si

QALY: años de vida ajustados por calidad, ICER: ratio incremental coste-efectividad, HD: tasa de hemorragia diferida, RRR: reducción relativa del riesgo de HD (tras colocación de clips). La RRR en el grupo por intención de tratar fue del 58.7% (tasa real de cierre completo del 57%), mientras que la RRR en el grupo por protocolo fue del 89.6% (100% de cierre completo).

Conclusiones: El cierre preventivo de defectos mucosos tras RME de LCRNP es coste-efectivo en pacientes con alto riesgo de HD. El cierre completo en este subgrupo de pacientes supone además un ahorro de costes.