

## VIXILANCIA TRAS RESECCIÓN DE LESIÓNS COLÓNICAS AVANZADAS: ESTUDO POLYPREV

O obxectivo do [programa de cribado de cancro colorrectal](#) (CCR) é detectalo en estadios iniciais e reseca durante a colonoscopia as lesións precursoras do mesmo [1]. En base a diversas características, defínese se as lesións son de alto risco (aumento de CCR do 0,5-2% aos 10 anos), en cuxo caso recoméndase a realización periódica de colonoscopias [2].

A calidade da colonoscopia basal é clave, pois máis do 80% dos CCR post-colonoscopia están relacionados cunha visualización deficiente ou resección incompleta das lesións. Pola contra, o risco de CCR en pacientes con resección de adenomas de alto risco sitúase entre o 1-2% aos 10 anos [3],[4],[5]. Deste xeito, a vixilancia endoscópica das lesións detectadas en colonoscopias supón só unha redución da mortalidade dun 1,7% e un incremento de 0,9 anos de vida, incrementando un 62% as colonoscopias e 68.000€ o custo [6]. Así mesmo, actualmente non existe evidencia sobre o efecto da vixilancia con test de sangue oculto en feces con test inmunolóxico (SOHi) nos individuos con lesións premalignas reseca. Non obstante, un estudo recente avaliou a precisión da SOHi cun punto de corte inferior ao habitual (10µg/g de feces vs. 20µg/g), obtendo unha sensibilidade do 84,6% e unha especificidade do 7,8% para CCR, cunha redución significativa dos custos (£2.633 vs. £956 por paciente) respecto á colonoscopia aos tres anos[7].

En canto ás preferencias da poboación, os individuos optan maioritariamente pola realización de tests SOHi fronte á realización de colonoscopia (60,8% vs. 31%)[8].

En base a toda a evidencia comentada, propúxose a realización do [estudo Polyprev](#), un ensaio clínico randomizado dentro dos programas poboacionais de cribado de CCR no que se compara o efecto na incidencia de CCR a 10 anos da determinación anual de test de SOHi fronte á vixilancia endoscópica en pacientes con lesións colónicas avanzadas reseca.

O estudo comezou en setembro de 2022, incluíndo a 3.788 suxeitos dos programas de cribado de Galicia, Valencia, País Vasco e Murcia en base á incidencia de CCR aos 10 anos (1,24%) e o límite de non inferioridade asumible (1%). A ditos pacientes randomízaseles a unha das dúas ramas: vixilancia endoscópica ou participación no programa poboacional mediante a realización dun test de SOHi anual cun punto de corte de 10µg/g de feces para a indicación de colonoscopia.

En Galicia, xunto coa notificación de resultados do cribado envíaseles aos suxeitos que cumpran criterios un díptico informativo, unha folla de información, un consentimento informado e un sobre prefranqueado. Así mesmo, facilítaseles un correo electrónico e un teléfono para resolver dúbidas. Se aceptan participar, envíase a información ao Servizo de Dixestivo do Hospital de Ourense onde se atopa a coordinación do estudo e, unha vez aleatorizado o suxeito, envíase un SMS informativo coa rama á que foi asignado e un acceso en liña ás enquisas. Posteriormente, o programa de cribado poboacional galego organiza a vixilancia (endoscópica ou SOHi).

## INFECCIÓNS POR ESTREPTOCOCOS $\beta$ HEMOLÍTICO DO GRUPO A EN GALICIA

O estreptococo  $\beta$  hemolítico do grupo A (EGA) ou *Streptococcus pyogenes* é unha bacteria que pode producir infeccións localizadas como farinxite ou escarlatina e que aumenta a súa incidencia no inverno e inicio da primavera. Raramente, provoca infeccións invasivas (EGAi), afectando principalmente a menores de 10 anos e maiores de 65 [1].

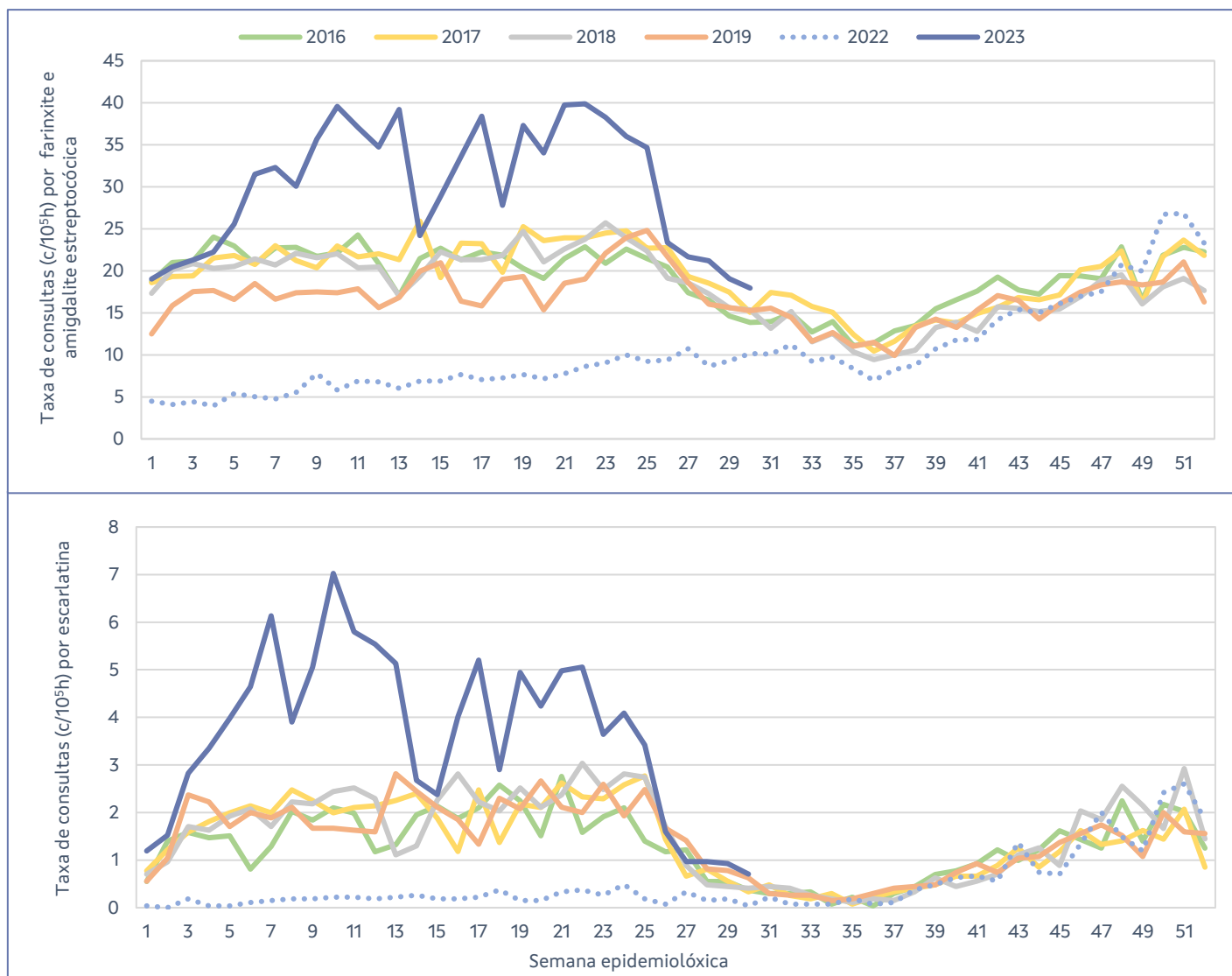
A finais de 2022, Reino Unido (RU) publicou datos sobre infeccións por EGA e EGAi con niveis excepcionalmente altos [2]. Varios países detectaron este incremento dende o inicio de 2022. Esta primavera, algúns países seguían mostrando incremento de casos de EGAi, pero cunha tendencia descendente ou estable [1]. En xuño, RU indicou que as notificacións de escarlatina se normalizaron, sendo as notificacións de EGAi lixeiramente máis altas do esperable [2]. En Galicia, no primeiro semestre de 2023 observouse que as consultas en Atención Primaria por farinxite e amigdalite estreptocócica (codificadas como R72) e por escarlatina

(A78.03) foron moi superiores ao mesmo período en anos previos [Apéndice]. Así mesmo, os laboratorios de microbioloxía do Sergas constataron un aumento coherente nos casos de EGAi, sendo probable que estes niveis en nenos se deban a unha maior actividade da escarlatina e a unha maior susceptibilidade pola exposición reducida debido ás medidas de control implantadas durante a COVID-19. Non obstante, o ECDC e a OMS estimaron un risco baixo de EGAi, dado que o aumento foi relativamente baixo, os casos non foron causados por novas cepas e a enfermidade trátase doadamente con antibióticos [1].

Na redución da transmisión e EGA e EGAi, resultan claves a hixiene de mans e respiratoria, así coma a exclusión da escola ata 24 horas do inicio do tratamento [4]. Ademais, na EGAi é importante seguir as [recomendacións de saúde pública](#) identificando aos contactos estreitos para indicar vixilancia e quimioprofilaxe a aqueles con factores de risco.

# APÉNDICE

## INFECCIÓN POR ESTREPTOCOCOS $\beta$ HEMOLÍTICO DO GRUPO A EN GALICIA



**Figura 1.** Evolución da taxa de consultas (c/10<sup>5</sup>h) en Atención Primaria por farinxite e amigdalite estreptocócica (superior) e por escarlatina (inferior) nas diferentes semanas epidemiolóxicas dos anos 2016, 2017, 2018, 2019, 2022 e 2023.

Na gráfica superior da figura 1 pódese observar a evolución da taxa de consultas en Atención Primaria por farinxite e amigdalite estreptocócica. Vemos como ata o ano 2019 o aumento da taxa de consultas comezaba ao redor da semana 36 (principios de setembro) ata facer unha meseta nas últimas semanas do ano e descender a partir da semana 25 (mediados de xuño). Ademais, existía pouca variación interanual. Os anos 2020 e 2021 non aparecen pola case total ausencia de consultas por este motivo durante a pandemia da COVID-19, reaparecendo o ano 2022 cunhas taxas máis baixas que anos anteriores ata aumentar e volver a valores habituais durante o verán. Na semana 50 (decembro) acado o pico e aumenta considerablemente a partir da semana 4 do 2023 (xaneiro), mantendo taxas moi por riba do habitual e acadando o valor máis alto na semana 22 (40 c/10<sup>5</sup>h) para descender claramente a partir da semana 26. Os descensos puntuais durante 2023 probablemente estean influenciados por días festivos.

Na gráfica inferior, vemos as consultas por escarlatina, as cales teñen un patrón semellante cunha tempada habitual da semana 36 á semana 25 pero unha actividade intertempada (verán) case nula. A variación interanual é moi baixa, pero a pandemia provoca unha ausencia case total, mantendo a taxa de consultas próxima a cero ata a semana 37 do ano 2022 cando ascende e acado niveis similares aos anos previos. Na semana 2 do 2023 (xaneiro) o incremento volveuse máis acusado acadando o valor máis alto na semana 10 cunha taxa de 7,1 c/10<sup>5</sup>h. Coas mesmas oscilacións puntuais observadas na farinxite e amigdalite estreptocócica, a taxa de consulta de escarlatina continuou estando moi por enriba das tempadas previas á pandemia da COVID-19 ata a semana 25, na que iniciou o que semella ser o descenso cara niveis basais da intertempada.