

# BEG

## Boletín Epidemiolóxico de Galicia

### AS RESISTENCIAS DE *MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS* A FÁRMACOS ANTITUBERCULOSOS EN GALICIA

#### A RESISTENCIA A FÁRMACOS ANTITUBERCULOSOS<sup>1</sup>

A resistencia do *M. tuberculosis* a fármacos antituberculosos é unha amplificación artificial dun fenómeno natural. A diferenza do que ocorre con numerosas bacterias, co *M. tuberculosis* non hai indicios de que haxa transferencia horizontal de xenes (adquisición de resistencias por plásmidos ou transposóns). A resistencia ós antituberculosos desenvólvese espontaneamente durante a multiplicación da bacteria, e o fai cunha frecuencia definida. As mutacións xenéticas que dan lugar a cepas resistentes a rifampicina (RMP) ocorren cunha frecuencia de  $10^{-10}$  por división celular, e producen unha prevalencia que se estima de 1 de cada  $10^8$  bacilos en medios ceibes de fármacos; a frecuencia para isoniacida (INH) atópase entre  $10^{-7}$  e  $10^{-9}$ , resultando en 1 bacilo resistente de cada  $10^6$ . Como queira que nas cavernas tuberculosas son frecuentes poboacións de máis de  $10^7$  bacilos, en ausencia de exposición a antituberculosos xorde resistencia xenética, mais queda diluída na morea de bacilos susceptibles ós antituberculosos. Pola contra, a presenza de fármacos antituberculosos supón unha presión selectiva a favor dos microorganismos resistentes, que devenen predominantes, especialmente en pacientes cunha grande carga de bacilos; por exemplo, aqueles con enfermidade cavitaria extensa.

A exposición a un único fármaco —debido a un uso irregular, unha prescrición inapropiada ou a unha pobre adhesión ó tratamento— impide o crecemento dos bacilos susceptibles a ese fármaco mentres permite a multiplicación dos resistentes. Este fenómeno chámase resistencia adquirida. A ulterior transmisión deses bacilos a outras persoas pode producir unha enfermidade que é resistente a dito fármaco xa dende o principio, dando lugar ó fenómeno coñecido como resistencia primaria. (Estes fenómenos de resistencia, adquirida e primaria, tentan ser capturados na vixilancia da tuberculose polos antecedentes de tratamento dos pacientes (ve-lo cadro 1). Tódolos fármacos activos fronte a *M. tuberculosis* poden inducir resistencia, e canto máis activo sexa o fármaco máis probable é que induza resistencia clínica.

É virtualmente imposible que se produza resistencia a múltiples fármacos debido a mutacións que ocorren espontaneamente, xa que non hai un único xen implicado na resistencia múltiple e as mutacións que dan lugar a ela xorden independentes unhas doutras. Por exemplo, a probabilidade de que unha mutación espontánea dea lugar a resistencia á INH e á RMP é o produto das probabilidades individuais; é dicir, 1 de cada  $(10^6 \times 10^9) = 10^{14}$  bacilos. Esta é, de feito, a razón de que no tratamento antituberculoso se empreguen varios fármacos.

Sen embargo, nunha poboación bacteriana que xa porta a resistencia a INH, unha mutación espontánea pode dar lugar a que xurda resistencia á RMP nalgún bacilo. En situacións como estas, o tratamento con INH e RMP seleccionará cepas resistentes a ámbolos dous antimicrobianos. Unha secuencia de eventos semellante (que se esquematiza na figura 1) pode producir resistencia a outras combinacións de fármacos e, eventualmente, a tódolos antituberculosos de primeira liña.

#### Cadro 1. Definicións

**Tuberculose fármaco-resistente.** Con esta expresión designase un caso de tuberculose (xeralmente pulmonar) causada por bacilos resistentes a un ou máis fármacos.

Desde o punto de vista bacteriolóxico considérase que unha cepa de *M. tuberculosis* é resistente se o é alomenos o 1% da súa poboación bacilar a unha concentración designada para cada fármaco.

**Resistencia en pacientes nunca tratados (tenta dar conta da resistencia primaria).** Defínese coma a presenza de cepas resistentes de *M. tuberculosis* nun paciente que non recibiu ningún tratamento previo con medicamentos antituberculosos. Se ó realiza-la historia clínica existe dúbida de se o paciente recibiu algún tratamento anterior, fálase de resistencia inicial. A súa frecuencia informa do impacto epidemiolóxico dos programas de tratamento.

**Resistencia en pacientes antes tratados (tenta dar conta da resistencia adquirida).** Defínese como a aparición de cepas resistentes de *M. tuberculosis* nun paciente do que hai constancia de que recibiu tratamento antituberculoso durante máis dun mes.

A súa frecuencia reflicte a calidade dos programas de prevención e control.

**Tuberculose multi-resistente.** Resistencia, alomenos, a INH e a RMP (os dous fármacos antituberculosos máis potentes). Pode ser primaria, por contacto de cepas multi-resistentes, ou adquirida, pola creación sucesiva de resistencias a varios fármacos, por tratamentos incorrectos.

É a forma máis grave de TB, presentando o seu tratamento unha gran dificultade, pois estes casos necesitan tratamentos moito máis tóxicos, menos efectivos e moito máis caros.

A emerxencia de *M. tuberculosis* resistente nunha poboación asocíase a unha variedade de factores relacionados cos programas de control, coa asistencia médica e cos propios pacientes. En moitos países, entre os factores relacionados cos programas se atopan a ausencia dun réxime terapéutico estandarizado, e unha deficiente execución complicada con frecuentes e prolongados períodos de escasez de fármacos en áreas con recursos inadecuados ou inestabilidade política.

O desenvolvemento de resistencias pódese deber tamén a un incorrecto manexo dos casos individuais. Neste senso, hai problemas coa selección do réxime quimioterápico axeitado, con frecuencia debido a que non se recoñeceu un tratamento previo, problemas debido a que non se coñece a importancia dos réximes estandarizados, e tamén debido a erros como engadir un único fármaco a un réxime fallido. Ademais, pode ser que non se vixile axeitadamente ó paciente durante o tratamento e, para rematar, a falta de adhesión do paciente ó tratamento contribúe tamén ó desenvolvemento das resistencias. Por outra banda, é difícil de predicir esta falta de adhesión polas características demográficas e sociais do paciente, pero é certo tamén que é menos probable que ocorra en programas que contan con tratamentos directamente observados (TDO).

Outro factor do paciente asociado ás resistencias múltiples é a infección polo VIH, aínda que os resultados dos estudos feitos en diferentes lugares non son consistentes.

#### SUMARIO

AS RESISTENCIAS DE *MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS* A FÁRMACOS ANTITUBERCULOSOS EN GALICIA.

EN BREVE....: ASPECTOS ÉTICOS NA ATENCIÓN Ó CANCRO DE MAMA.

ANEXOS I a II: SITUACIÓN DAS EDO NAS CUADRISEMANAS 8 E 9/2003.

ANEXO III: PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO DE MAMA (PGDPCM): RESULTADOS 1992-2002.

Ó final, o elemento crucial da emerxencia da resistencia a fármacos nin é o paciente nin o seu médico, senón a falta dun sistema axeitadamente organizado que asegure un diagnóstico rápido, un tratamento efectivo e a vixilancia continua da tuberculose. Por esta razón, o nivel de resistencias a antituberculosos nunha poboación é un indicador dos programas de control da tuberculose.

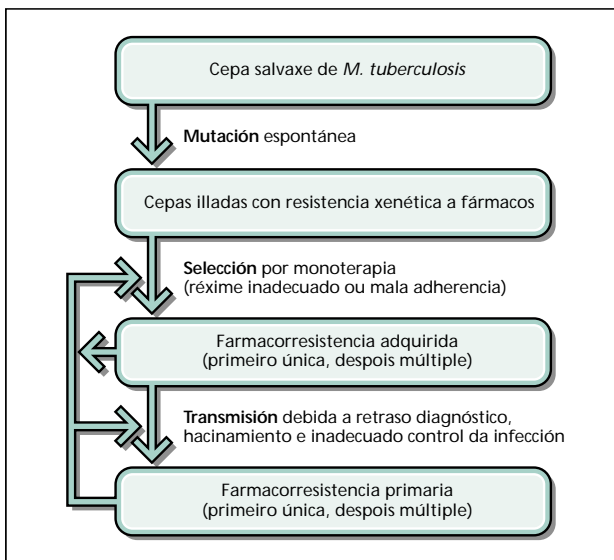
### IMPORTANCIA DA RESISTENCIA A FÁRMACOS ANTITUBERCULOSOS

A resistencia a antituberculosos é unha ameaza significativa para o control da tuberculose porque só se dispón duns poucos fármacos efectivos fronte a *M. tuberculosis*. En concreto, a difusión de cepas resistentes ós dous antituberculosos máis importantes, INH e RMP, poderían ter importantes repercusións na epidemioloxía e o control da tuberculose. Non é só que os pacientes infectados con cepas resistentes a múltiples antituberculosos teñan menos posibilidade de se curar, tamén é que os tratamentos de segunda e terceira liña son moito máis tóxicos e custosos que os empregados fronte a cepas susceptibles.

Deste xeito, a presenza nunha comunidade de *M. tuberculosis* resistentes ós fármacos antituberculosos, ten importantes implicacións para os programas de prevención e control da tuberculose:

1. Fai máis necesario que a atención primaria, pola súa situación privilexiada de porta de entrada do sistema sanitario, manteña un alto índice de sospeita e efectúe unha detección activa e oportunista da poboación de risco, especialmente da marxinal, con escaso contacto co sistema sanitario.
2. Deben asegurarse os principios rectores da terapia antituberculosa:
  - Uso simultáneo de diversos fármacos, con doses correctas. (Nunca engadir un só fármaco a un réxime que fracasou —é a monoterapia encuberta— e obter sempre unha anamnese completa dos fármacos administrados previamente).
  - Duración suficiente do tratamento en tódolos casos, co fin de acadar porcentaxes de cumprimento superiores ó 90%, que se poden garantir utilizando, sempre que estea indicado e sexa posible, un TDO.
3. Débese aumenta-la dispoñibilidade de procedementos de laboratorio máis rápidos (cultivos en medio líquido).
4. O tratamento das tuberculoses multirresistentes é custoso, e hai que substituí-los réximes terapéuticos habituais (que inclúen INH, RMP e pirazinamida, durante 6-9 meses) por medicamentos de segunda liña (menos efectivos, máis tóxicos, máis caros, e durante máis tempo —18 a 24 meses—). A responsabilidade e a complexidade do tratamento destes casos, tanto a nivel individual como comunitario, obrigan a que sexan tratados sempre por expertos en tuberculose.
5. O contacto con cepas multirresistentes supón un risco importante para os convivintes e os profesionais expostos, xa que hai dificultades nos tratamentos das infeccións latentes, que tamén deberían ser valorados por expertos en tuberculose.

Figura 1. Desenvolvemento e difusión de cepas resistentes e multirresistentes a fármacos antituberculosos



### SITUACIÓN DAS RESISTENCIAS NO MUNDO

A prevalencia da multirresistencia é heteroxénea e preocupante nalgúns lugares, e tende a medrar nos países con programas de control moi débiles, como Estonia, Letonia, Rusia, China, etc. Estes países, segundo a OMS (ve-la táboa 1), teñen un serio problema de resistencias entre os casos de tuberculose nunca tratados, o que indica que a tuberculose multirresistente pode ser un importante problema no futuro. Pola contra, as porcentaxes de resistencias en pacientes previamente tratados, en países con bos programas de control da tuberculose, tende a diminuír e a estratexia TDO parece correlacionarse con índices máis baixos de resistencia.

### SITUACIÓN DAS RESISTENCIAS EN GALICIA<sup>2</sup>

A DXSP puxo en marcha un estudo de resistencia a fármacos antituberculosos no ano 2000, dentro do Proxecto Mundial de Vixilancia de Resistencias auspiciado pola OMS e a Unión Internacional Contra a Tuberculose e Enfermidades Respiratorias (UICTER), co obxectivo de coñecer-la prevalencia da resistencia do *Mycobacterium tuberculosis* ós fármacos antituberculosos, na Comunidade autónoma de Galicia, e investiga-los posibles factores asociados á aparición das mesmas.

Entre o 1 de novembro de 2000 e o 1 de xuño de 2001 realizouse o estudo, que seguiu os tres principios básicos da OMS:

1. As mostras deben ser representativas da poboación de estudo e dun tamaño grande abondo para permiti-la súa análise epidemiolóxica e a extrapolación dos datos ó resto da comunidade.
2. A historia clínica debe ser precisa, sobre todo en canto á diferenciación entre pacientes nunca tratados e pacientes previamente tratados.
3. Os laboratorios deben superar uns controis de calidade establecidos, usando métodos recomendados internacionalmente para analiza-la susceptibilidade ós fármacos.

Táboa 1. Frecuencia de multirresistencia en distintas áreas

	Nunca tratados	Antes tratados
<b>Media das áreas</b>	<b>1%</b>	<b>9,3%</b>
Inglaterra	0,8	13,2
Francia	0,0	3,1
Alemania	0,9	6,3
Italia	1,2	33,9
Países Baixos	0,6	0,6
Suíza	0,0	12,5
Barcelona	0,3	11,6
EEUU	1,2	5,6
Cuba	0,0	7,0
Perú	3,0	12,3
Letonia	9,0	23,7
Estonia	14,1	37,8
Rusia (Ivanovo)	9,0	25,9
China (Henan)	10,8	34,4
Irán	5,0	48,2
Mozambique	3,5	3,3
Nova Caledonia	0,0	0,0

Fonte: WHO. Anti-tuberculosis Drug Resistance in the World. Report N.º 2 Prevalence and Trends. Neste estudo participaron, no período 1996-1999, 58 áreas xeográficas, entre as que se atopaba a cidade de Barcelona.

Tendo presentes estes principios calculouse o tamaño da mostra, contando coa prevalencia prevista da resistencia á RMP (medicamento que, de momento, ten o menor nivel de resistencias), cun nivel de confianza do 95%, e colléronse tódolos pacientes que se ían detectando ata acadalo dito tamaño mostral. É dicir, fíxose unha mostraxe do 100% dos centros de diagnóstico, dentro do período de estudo.

Estudiáronse 360 casos novos iniciais, de localización pulmonar, con cultivo positivo para *M. tuberculosis* e baciloscopia de esputo positiva ou negativa. Tamén se incluíron no estudo o 100% dos casos de retratamento, independentemente de que a súa localización fose pulmonar ou extrapulmonar, que apareceron durante o tempo que se tardou en conseguila mostra anteriormente citada. Así pois, o número final de pacientes que se estudaron foi de 400.

As mostras sempre se obtiveron antes de inicialo tratamento. Os casos foron identificados polas sete UTB, que tamén realizan unha busca activa de posibles casos non declarados, obtendo esta información a través de: laboratorios de microbioloxía, servizos de anatomía patolóxica, servizos ou consultas de atención especializada, rexistros de altas hospitalarias e Sistema Xeral de Notificación Obrigatoria de Enfermidades.

Establecéronse os seguintes criterios de exclusión:

- Pacientes de centros penais (porque non é doado acceder ós seus historiais clínicos).
- Mostras que se analizaron en laboratorios ou centros privados (entre outros, excluíuse a Fundación Hospital de Verín, por envía-las súas mostras, no momento do estudo, a un laboratorio privado de Barcelona, e pola imposibilidade para recuperalas).
- Pacientes transeúntes (ou estaban de vacacións ou foron diagnosticados noutras comunidades autónomas).
- Mostras problemáticas (non obtidas, perdidas, non viables ou contaminadas).

Os datos clínicos recolléronse partindo do formulario existente para o Rexistro Galego de Tuberculose: *Declaración ampliada*, que consta de 5 follas autocalcantes e complementarias, e permite diferenciar entre paciente “nunca tratado” e “previamente tratado” de tuberculose. Ademais, para asegurar esta información, 90 pacientes (que representan un 22,5% de tódolos casos) foron entrevistados dúas veces, unha seguindo o cuestionario da *Declaración ampliada* e outra o deseñado pola OMS, sen que se obtivese ningunha diferenza significativa na información obtida.

Tódalas mostras que entraron no estudo foron analizadas no laboratorio de microbioloxía do hospital correspondente, onde se realizou a súa baciloscofia, con tincións de Ziel-Nielsen e/ou auramina, cultivo en medio sólido Löwenstein-Jensen e/ou Coletsos e/ou en medio líquido Middlebrook. Posteriormente, estas mostras remitíronse ó Laboratorio de referencia de micobacterias de Galicia, no Hospital Clínico de Santiago, onde se realizaron os antibiogramas para os fármacos de primeira liña: INH, RMP, etambutol (EMB) e estreptomocina (SM).

### Características dos pacientes

A distribución de casos por idade e sexo é a da táboa 2, e nos casos nunca tratados incluíronse as enfermidades tuberculosas iniciais, de localización pulmonar, primaria ou miliar. Dos 40 casos previamente tratados 37 tamén tiveron unha localización pulmonar (92,5%), asociada a outra localización en 5 deles.

As mostras analizadas foron maioritariamente esputos (349 –87,25%–, sendo 7 deles esputos inducidos), o resto das mostras (51) foron, sobre todo, broncoaspirados e broncolavados alveolares (36) e aspirados de zume gástrico (11). O resultado da baciloscofia foi negativo en 158 casos (39,5%).

Táboa 2. Número de pacientes por grupos de idade e sexo

Anos →	0-14	15-24	25-34	35-44	45-64	55-64	> 64	TOTAL
Muller	5	38	38	16	4	4	28	133
Home	8	40	59	45	42	25	48	267
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>78</b>	<b>97</b>	<b>61</b>	<b>46</b>	<b>29</b>	<b>76</b>	<b>400</b>

En Galicia, os casos de tuberculose non se asocian maioritariamente ós factores de risco desta enfermidade. De feito, na nosa mostra, soamente 32 casos (8%) estaban coinfectados polo VIH, e destes 13 (40,6%) eran usuarios de drogas por vía parenteral. Eran alcohólicos 47 (11,8%) e soamente 4 (1%) eran inmigrantes. Dos 182 pacientes con algún factor asociado 66 (36,3%) recibiron un TDO.

### Resistencia

Das 360 cepas de casos novos, 318 foron sensibles a tódalas drogas; e 31 das 40 de pacientes previamente tratados. A resistencia inicial á isoniacida foi de 2,5 (ve-la táboa 3), e a porcentaxe de multiresistencia foi de 1,4 (ve-la táboa 3). Nas figuras 2 e 3 amósase a porcentaxe total de resistencia para cada un dos fármacos estudados.

Estes resultados foron enviados á OMS para a súa incorporación ó “Third Report of the Global Project on Anti-Tuberculosis Drug Resistance Surveillance”.

Táboa 3. Frecuencia de resistencias. Galicia 2000/01

MONO-RESISTENCIAS	CASOS NOVOS			PREVIAMENTE TRATADOS		
	nº	%	IC <sub>95%</sub>	nº	%	IC <sub>95%</sub>
Isoniacida	9	2'5	1'2-4'8	2	5'0	0'8-18'2
Rifampicina	0			0		
Etambutol	2	0'6	0'1-2'2	0		
Estreptomocina	24	6'7	4'4-9'9	2	5'0	
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>9'7</b>	<b>6'9-13'3</b>	<b>4</b>	<b>10'0</b>	<b>0'8-18'2</b>
MULTI-RESISTENCIAS						
INH+RMP+EMB	4	1'1	0'3-3'0	0		
INH+RMP+EMB+SM	1	0'3	0'0-1'8	2	5'0	0'8-18'2
INH+RMP+SM	0			1	2'5	0'1-14'7
INH+RMP	0			0		
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>1'4</b>	<b>0'5-3'4</b>	<b>3</b>	<b>7'5</b>	<b>1'9-21'4</b>

### Conclusión

Os resultados do estudo indican que Galicia se atopa nunha boa situación no que se refire ás resistencias, como se desprende da súa comparación cos da táboa 1: unha porcentaxe de multiresistencia en pacientes nunca tratados dun 1'4% (*versus* 1% de media, cun rango 0-14), e do do 7'5 en pacientes previamente tratados (*versus* 9,3% de media, cun rango 0-48).

Un dato a destacar, polas súas implicacións, é o da mono-resistencia á isoniacida, que resultou ser dun 2'5 (IC<sub>95%</sub>: 1'2-4'8) en casos novos, presentándose algunha resistencia á isoniacida no 4,4% (IC<sub>95%</sub>: 2'6-7'2).

Figura 2. Casos novos con algunha resistencia

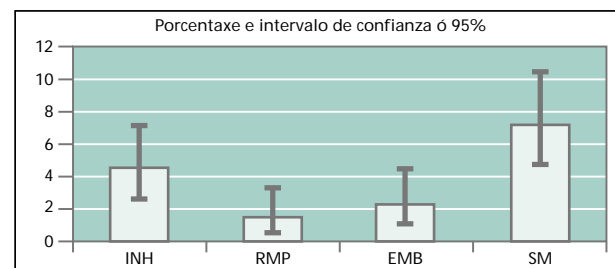
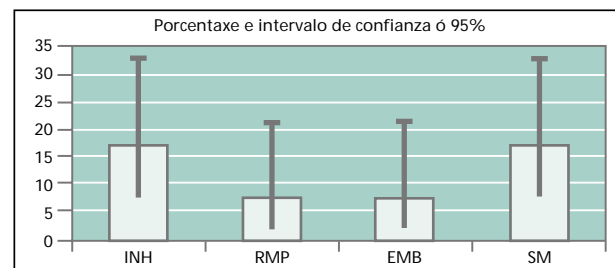


Figura 3. Casos previamente tratados con algunha resistencia



**A Comisión galega para avaliación do manexo da tuberculose resistente a fármacos**, unha vez analizados os resultados deste estudo, fixo as seguintes consideracións:

1. Os resultados deste estudo non permiten extraer conclusións definitivas, en relación á necesidade de introducir un cuarto fármaco en tódalas pautas de tratamento dos casos iniciais.
2. Aconsellámo-la realización de antibiograma a tódolos casos de tuberculose diagnosticados na nosa comunidade autónoma.
3. Aconsellamos, en tódolos casos previamente tratados con pautas que inclúan, alomenos, isoniacida e rifampicina, a instauración da pauta de retratamento recomendada pola OMS / UICTER / ERS (*European Respiratory Society*): INH, RMP, EMB, pirazinamida e SM 2 meses, máis INH, RMP, EMB e pirazinamida 1 mes, máis INH, RMP e EMB 5 meses; modificable en función dos resultados do antibiograma e sempre en réxime de tratamento supervisado.
4. Consideramos que en todo tratamento de tuberculose (caso inicial ou retratamento), nunca debe retirarse ningún fármaco da fase inicial, independentemente do resultado da baciloscofia, antes do segundo mes. Se transcorridos os dous primeiros meses persisten as baciloscopias positivas, debe prolongarse esta fase inicial de tratamento ata a súa negativización, sempre que non se demostren resistencias, incumprimento do tratamento, infradosificación, etc.

Para rematar, cómpre salientar que a prioridade esencial non é o tratamento da tuberculose resistente a fármacos, senón a súa prevención.

<sup>1</sup> Tomado de: WHO (1997). Anti-Tuberculosis Drug Resistance in the World. The WHO/IUATLD Global Project on Anti-tuberculosis Drug Resistance Surveillance 1994-1997.

<sup>2</sup> Tomado de: DXSP (2003). Estudio sobre resistencias de *Mycobacterium tuberculosis* en Galicia e recomendacións de manexo. Documentos Técnicos de Saúde Pública, serie B, nº 34.

## En breve... ASPECTOS ÉTICOS NA ATENCIÓN Ó CANCRO DE MAMA

### LIMIAR

Reprodúcese aquí o capítulo da "Guía para o diagnóstico e tratamento do cancro de mama" dedicado ós aspectos éticos na atención, porque o seu interese vai moito máis alá do que é a atención específica do cancro de mama<sup>1</sup>.

### INTRODUCCIÓN

Os aspectos éticos na clínica e asistencia sanitaria sempre estiveron presentes no quefacer dos profesionais sanitarios pero, nos últimos anos, e especialmente a partir da Lei xeral de sanidade e do seu artigo 10, fixéronse explícitos e han de formar parte das boas prácticas profesionais tanto por razóns técnicas como xurídicas e éticas. Na nosa comunidade autónoma esta necesidade foi referendada pola Lei 3/2001, de 28 de maio, aprobada no noso Parlamento por unanimidade, e que regula o consentimento informado, as vontades anticipadas e a historia clínica.

Neste contexto propoñémo-las cuestións e consideracións éticas que nos parecen prioritarias, no momento actual, para a súa aplicación a un ámbito asistencial tan complexo e relevante como é o das persoas que son atendidas nos programas de cancro de mama.

### CUESTIÓN S ÉTICAS CONCRETAS QUE HAI QUE CONSIDERAR

#### Respecto ós protocolos

Deben ser multidisciplinares e consensuados, baseados na mellor evidencia científica dispoñible e ademais deben revisarse periodicamente. Servirán de guía para toma-las decisións clínicas que sempre deben ser individualizadas para cada paciente, na súa identidade, a súa autonomía, o seu contorno e os seus valores. O método e razoamento deben se-los da clínica que parte da individualidade de cada caso: non hai enfermidades senón enfermos (enfermas neste caso); organizase arredor da construción da relación profesional sanitario médico-paciente.

#### En relación cos profesionais

É necesario o desenvolvemento de coñecementos, habilidades e actitudes para a realización correcta de procesos como:

- A comunicación e escoita da paciente (ver guía de apoio psicolóxico sobre entrevista e comunicación).
- A avaliación da competencia non só desde o punto de vista cognitivo senón tamén emocional para a toma de decisións.
- O uso apropiado do privilexio terapéutico. A verdade soportable para o paciente, para cada paciente nun momento ou etapa puntuais do seu proceso de enfermidade.
- O respecto e desenvolvemento de valores profesionais como:
  - Veracidade.
  - Intimidade.
  - Confidencialidade.
  - Lealdade (conflicto de intereses).
  - Confiabilidade.

#### En relación coa autonomía

- Dereito a recibir información suficiente en cantidade e calidade apropiadas, comprensible e adaptada (cultural e tamén, se fose preciso, idiomáticamente) nas distintas etapas do proceso da súa enfermidade.
- Dereito a coñece-la verdade diagnóstica e prognóstica en termos comprensibles e adaptados.

- Dereito a non saber e a non solicitar información médica (delegando ou non noutra persoa ou, depositando expresamente a súa confianza no equipo asistencial).
- Dereito a consentir ou non, trala información, respecto ós procedementos diagnósticos e terapéuticos.
- Dereito a participar nas eleccións posibles (que sexan compatibles con criterios de boa práctica profesional) tanto no proceso diagnóstico como no terapéutico así como no programa de cuidados.
- Dereito a que se lle pida autorización para informar ou non ós seus familiares e/ou cuidadores (e non á inversa).

#### Procedementos e criterios

- Desde a recepción acollida e proceso diagnóstico realizarase unha información progresiva e comprensible e adaptada, polo profesional médico e de enfermería. O médico responsable da enferma ha de coordina-lo proceso informativo asegurando a coherencia e complementariedade das informacións. Así mesmo, debe realizalo enlace da paciente co equipo multidisciplinar.
- A información básica convirá que estea por escrito e sexa clara, concreta, sinxela e ilustrada (sería interesante material audiovisual "ad hoc").
- Realizaranse formularios de consentimento informado con requisitos de calidade e claridade. Entregaranse con tempo suficiente para que poidan ser lidos na casa e solicitar asesoramento previamente a seren cubertos, tanto para procedementos diagnósticos como terapéuticos.
- A información adicional irase realizando preferentemente segundo demande a paciente.
- Preguntarase sobre a posibilidade de informa-la súa familia e/ou achegados e aceptarase a súa decisión aínda que caiba a persuasión se procede un cambio ó respecto.
- A información a cuidadores será a precisa para a función do coidado (omitindo información persoal non necesaria ó respecto).
- Porase coidado en que o espazo en que se realicen as entrevistas asegure a privacidade e confidencialidade.
- Terase coidado en restrinxir-lo acceso á información escrita (historia clínica, informes) e para iso será manexada polo persoal responsable e non estará exposta a outras persoas.
- Sempre que sexa posible farase participe á paciente na elección de procedementos diagnósticos terapéuticos e programa de cuidados coa información e asesoramento técnico apropiados.
- Consideraranse e teranse en conta os valores da paciente respecto á súa concepción da saúde, imaxe e a calidade de vida.
- Fomentarase a cooperación activa da paciente no proceso de atención corresponsabilizándoa de levar a cabo o tratamento, aínda que de modo respectuoso e empático.
- Se se realizan tests xenéticos de susceptibilidade ó cancro, haberá que ter en conta as implicacións éticas que comportan. Os resultados das probas deben ser confidenciais e deberán tomarse medidas específicas para asegura-la dita confidencialidade.

<sup>1</sup> O capítulo foi elaborado por F. Márquez Gallego, da División de Asistencia Sanitaria do Sergas, e L. Calvo Martínez e B. Acea Nebril, do C.H.U. Juan Canalejo, da Coruña. A guía foi editada en 2002 pola DXSP (Documento Técnico de Saúde Pública; serie C, nº 10).

SISTEMA DE ALERTA EPIDEMIOLÓXICA DE GALICIA  
TELÉFONOS DIRECTOS EPIDEMIOLÓXICA  
Horario de oficina (8 a 15 h.)

A CORUÑA 981 185 834
LUGO 982 294 114
OURENSE 988 386 339
PONTEVEDRA 986 805 872

**SAEG**

EPIDEMIÓLOGO DE GARDA  
Fóra do horario de oficina  
**649 82 90 90**

A través do 061 tamén é posible contactar co SAEG

BOLETÍN EPIDEMIOLÓXICO DE GALICIA

**DIRECCIÓN XERAL DE SAÚDE PÚBLICA**  
Servicio de Información sobre Saúde Pública  
Telf.: 981 542 929 / Fax: 981 542 970  
E-mail: dxsp.vixepi@sergas.es

**XUNTA DE GALICIA**  
CONSELLERÍA DE SANIDADE  
Dirección Xeral de Saúde Pública