

Comentario al artículo “Una perspectiva multidisciplinar del proceso de consentimiento informado en radioterapia” [Rev Fis Med 2009;10:207-14]

Sr. Director:

Resulta gratificante encontrar, en revistas de carácter técnico, artículos que intentan mejorar la atención y calidad de vida de los pacientes oncológicos¹.

A su profusa y pormenorizada documentación¹, nos gustaría añadir algunos detalles que pueden arrojar luz sobre el tema, en especial en los aspectos de capacidad y responsabilidad.

Por ley², el médico responsable (MR) es el profesional que tiene a su cargo coordinar la *información* y la *asistencia* sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de *interlocutor principal* del mismo en todo lo referente a su *atención e información durante el proceso asistencial*, sin perjuicio de las obligaciones de *otros profesionales* que participan en las actuaciones asistenciales. Me he permitido destacar en cursiva que no es sólo la información su única labor. Estos *otros profesionales*, que los autores interpretan como “no médicos”¹, son aquellos que, según el legislador, realizan los procedimientos reflejados en los artículos 4 y 8². El MR solicita, habitualmente, la participación puntual de estos *colegas* para colaborar en la mejor atención al paciente –pruebas de imagen (PET, TAC, RM, arteriografías, etc.), instrumentales (endoscopias, punciones, drenajes, etc.), transfusiones, diálisis, anestesia, etc.– entre otras. Todas ellas, dependiendo de sus riesgos, requerirán a su vez de su consentimiento informado correspondiente, verbal o escrito.

En el caso del médico especialista en Oncología Radioterápica (OR), el Real Decreto 1566/1998, de 17 de julio, por el que se establecen los criterios de calidad en radioterapia³, enuncia en su artículo 6.1 que “los tratamientos de radioterapia se llevarán a cabo bajo la *dirección y responsabilidad* de un médico especialista en oncología radioterápica”. Los tratamientos con radioterapia son complejos. Además de la dosis precisa, hay que aglutinar y coaligar esfuerzo y conocimiento. El paciente tiene, en general, patología añadida que hay que estudiar,

conocer y tratar, valorando interacciones, riesgos de las combinaciones, pronóstico, tratamientos alternativos, etc. Además de la actuación quirúrgica (braquiterapia, radioterapia intraoperatoria), hay que asociar combinaciones con fármacos antineoplásicos (radiosensibilización temporal y espacial), procedimientos anestésicos, urgencias, etc.

En tercer lugar, y unido a lo anterior, al OR también le afecta el Real Decreto 1836/1999, de 3 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre instalaciones nucleares y radiactivas. En su artículo 65 reseña que “el supervisor está obligado a garantizar que la operación de la instalación se lleve a cabo cumpliendo las especificaciones técnicas de funcionamiento, el Reglamento de funcionamiento, el plan de emergencia interior y cualquier otro documento oficialmente aprobado”. Continúa, en su artículo 66, “el supervisor de una instalación nuclear o radiactiva tiene la obligación de detener en cualquier momento su funcionamiento si considera que se han reducido las debidas condiciones de seguridad de la instalación”⁴.

El OR, que comparte parte de su trabajo con profesionales comprometidos de alto nivel, como son los Radiofísicos Hospitalarios (RH), tiene una amplia formación que incluye, desde unos sólidos conocimientos de medicina, hasta unos precisos conceptos técnicos, pasando por aspectos radioquirúrgicos, farmacológicos, legislativos, etc. Por su actividad y responsabilidad, dentro del colectivo que atiende al paciente oncológico, parece ser, para el legislador, la persona indicada para dirigir todos estos procedimientos y hacerse cargo del conjunto de responsabilidades que confluyen en él como MR del paciente.

Continuando con la filosofía del artículo, y siempre en beneficio del paciente, animo a los RH a dirigir sus esfuerzos a otro gran reto de nuestro trabajo en común: la mejora de los tiempos de planificación, calibración, transmisión de datos, revisiones programadas, etc. Su optimización generaría una ya probada ganancia en la supervivencia de estos pacientes⁵.

Como última consideración, la especialidad de Oncología Radioterápica es la única especialidad médica/terapéutica (Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear son, fundamentalmente, diagnósticas) cuya actividad

diaria está regulada por ley³ y fiscalizada por una comisión con representación minoritaria de OR (no hay que olvidar que un tratamiento de radioterapia es, a pesar de los autores¹, un acto médico).

Bibliografía

1. Guirado D, Navarro AM, Wals A, Vilches M. Una perspectiva multidisciplinar del proceso de consentimiento informado en radioterapia. *Rev Fis Med* 2009;10:207-14.
2. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 2002;274:40126-32.
3. Real Decreto 1566/1998, de 17 de julio, por el que se establecen los criterios de calidad en radioterapia. BOE 1998;206:29383-94.
4. Real Decreto 1836/1999, de 3 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre instalaciones nucleares y radiactivas. BOE 1999;313:46463-82.
5. González C, Santos JA. Informed consent in radiation oncology: is consenting easier than informing? *Clin Transl Oncol* 2006;8:2-4.

Juan A. Santos Miranda (asantos@radonc.hggm.es)

*Profesor Asociado de Ciencias de la Salud.
Departamento de Radiología y Medicina Física.
Universidad Complutense de Madrid.*

Carmen González San Segundo.

*Médico Adjunto del Servicio
de Oncología Radioterápica.
HGU Gregorio Marañón. Madrid.*