



*Autoridad Regulatoria Nuclear*

DEPENDIENTE DE LA PRESIDENCIA DE LA NACION

## COMUNICADO DE PRENSA

20 de junio de 2001

Con relación al accidente radiológico ocurrido en el "INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL" de la REPÚBLICA de PANAMÁ, la AUTORIDAD REGULATORIA NUCLEAR informa lo siguiente:

El 22 de mayo de 2001 el ORGANISMO INTERNACIONAL DE ENERGÍA ATÓMICA (OIEA) informó sobre una emergencia radiológica ocurrida en el Instituto Oncológico Nacional de la República de Panamá, a raíz de la cual se vieron afectados por sobreexposición a las radiaciones ionizantes 28 pacientes que estaban en tratamiento de radioterapia de cáncer en la zona pélvica.

El citado organismo internacional informó asimismo que el gobierno de Panamá solicitó en la oportunidad la asistencia del OIEA de acuerdo a las previsiones establecidas en la "Convención de Asistencia en el caso de un Accidente Nuclear o una Emergencia Radiológica". En respuesta a la solicitud, un grupo internacional de expertos designado a tales efectos, viajó a Panamá.

Posteriormente, el 9 de junio de 2001, en el marco de la Convención Internacional de Pronta Notificación de Emergencias, la ARN recibió la información de la finalización de dicha misión y un informe de evaluación sobre la emergencia, cuya versión original en inglés se adjunta a este comunicado.

Se resumen a continuación las principales conclusiones alcanzadas por el grupo de expertos:

- Han fallecido 8 de los pacientes afectados por la sobreexposición a la radiación. La muerte de cinco de esos pacientes podría ser atribuible a tales sobreexposiciones, otra de las muertes se relacionaba con la evolución del cáncer de ese paciente, mientras que las causas de los dos fallecimientos restantes aún no han sido establecidas. Puede esperarse que alrededor de las tres cuartas partes de los restantes 20 pacientes desarrollen serias complicaciones que en algunos casos pueden llegar a ser fatales.
- La unidad de radioterapia involucrada es un equipo de telecobaltoterapia que funcionaba correctamente y que estaba apropiadamente calibrado.
- La emergencia radiológica fue causada por errores en los procedimientos de planificación de las dosis administradas a los pacientes. El procedimiento para ingresar datos a la computadora del sistema de planificación había sido cambiado en agosto de 2000, provocando un error en el cálculo de los tiempos de irradiación. Estos factores, junto con la omisión de corroborar manualmente los cálculos provistos por la computadora, provocaron que las dosis de radiación recibidas por los 28 pacientes fueran incorrectas (muy altas).

El OIEA, a la luz de las enseñanzas que se extraen de esta emergencia, ha recomendado a los Estados Miembros que poseen sistemas de planificación similares, verifiquen que tales sistemas sean operados de acuerdo a programas de garantía de calidad apropiados.

Al respecto, nuestro país cuenta desde hace décadas con legislación específica en materia de fiscalización de la actividad nuclear, y la normativa regulatoria de esta ARN establece medidas de seguridad radiológica de prevención adecuadas para este tipo de accidentes.

Cabe destacar que en nuestro país existen tres servicios médicos que utilizan sistemas computarizados de planificación de tratamientos similares al involucrado en el accidente de Panamá. Dichos centros poseen personal profesional y técnico debidamente capacitado, y aplican programas de garantía de calidad que incluyen una revisión manual de los cálculos realizados por tales sistemas computarizados. Ese tipo de recaudos hacen que en nuestro país la protección radiológica de los pacientes esté dentro de los niveles más exigentes que alcanza en esta materia la comunidad internacional.