

Protocolo

**MANEJO DE QUIMIOTERAPIA INTRATECAL
EN PACIENTES PEDIÁTRICOS**

Hospital Donostia

41

Comité elaborador

Javier Úriz

Médico adjunto

Nagore Garcia de Andoin

Médico adjunto

Aiora Arrizabalaga

Médico adjunto

Ana Arnal

Enfermera supervisora

Unidad de Oncohematología Pediátrica / Servicio de Pediatría

Garbiñe Lizeaga

Farmacéutico Adjunto

Isabel Fernández

Farmacéutico Adjunto

Unidad de Farmacia Oncológica / Servicio de Farmacia

Depósito legal: SS-1459-2010

PROTOCOLO DE MANEJO DE QUIMIOTERAPIA INTRATECAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

UNIDAD DE
ONCOHEMATOLOGÍA
PEDIÁTRICA

SERVICIO DE PEDIATRÍA

UNIDAD DE FARMACIA
ONCOLÓGICA

SERVICIO DE FARMACIA



ÍNDICE

1. PRESCRIPCIÓN
2. PREPARACIÓN
3. TRANSPORTE
4. ADMINISTRACIÓN AL PACIENTE
5. GESTIÓN DE RESIDUOS



1. PRESCRIPCIÓN

• RESPONSABLE:

- o El oncohematólogo pediátrico (En adelante **O.H.P.**) encargado del paciente prescribe la quimioterapia intratecal (En adelante **T.I.T.**) al igual que el resto de medicación quimioterápica.
- o El **O.H.P.** realiza la prescripción en base a los protocolos de tratamiento de la Sociedad Española de Hematología y Oncología pediátricas (SEHOP) y de la Sociedad Internacional de Oncología pediátrica (SIOP).

• PROCEDIMIENTO:

- o Se realiza la prescripción individualizada por paciente, en la Hoja de tratamiento T-902 (“Hoja de unidosis”), la semana previa a la administración del tratamiento.
- o En la hoja de tratamiento debe recogerse:
 - Datos completos de identificación del paciente: nombre, nº Hª, localización (unidad clínica, cama/ambulante), diagnóstico, peso, talla y superficie corporal calculada.
 - Se especificará en la hoja de tratamiento, que se trata de **quimioterapia**, especificándolo en la cabecera a fin de dar preferencia en la tramitación en la Unidad de Farmacia Oncológica (En adelante **U.F.O.**).
 - Datos relativos al protocolo antineoplásico: número de ciclo, citostáticos (especificando la dosis, vía, volumen de administración) y número de días de tratamiento.
 - Fecha de administración, y hora si procede.
 - En el caso de **T.I.T.** se hará constar junto a los fármacos las palabras “**Terapia intratecal**” (sin siglas).
 - Nombre, número de colegiado y firma del médico.
- o Cuando un paciente esté pendiente de la analítica para la administración de la quimioterapia se hará constar en la hoja de tratamiento. En este caso no se preparará la medicación hasta confirmación telefónica de la petición por parte del **O.H.P.** responsable.

• CIRCUITO:

- o Las hojas de tratamiento. con los tratamientos quimioterápicos se entregarán a la enfermera responsable de la planta, la semana previa a su administración, para ser cursadas a la **U.F.O.**
- o En la **U.F.O.** se reciben las hojas de tratamiento. por parte del personal auxiliar, que lo entrega al farmacéutico oncólogo para validación de la prescripción médica y programación del tratamiento.



- **MEDIDAS DE SEGURIDAD:**

- o **Doble chequeo** en la prescripción por parte de dos **O.H.P.** de la unidad. Uno de ellos prescribe la medicación y otro la valida confrontándola con los datos del paciente y el protocolo utilizado.
- o Validación de la prescripción por parte del farmacéutico oncólogo previamente a la programación de la prescripción.



2. PREPARACIÓN

(Véase MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS SERVICIO DE FARMACIA. Hospital Donostia San Sebastián. Año 2006. (3ª Edición)

• LOCALIZACIÓN:

La **U.F.O.** se encuentra ubicada dentro del Servicio de Farmacia, con instalaciones específicas para la preparación de este tipo de medicamentos y restringida al personal autorizado.

• RESPONSABLE:

- o El farmacéutico oncólogo es el responsable del proceso:
 - Revisa (**3er Chequeo**) y valida las prescripciones de las hojas de tratamiento. Para ello tiene en posesión copias de los protocolos de tratamiento de los pacientes pediátricos previamente al inicio de cualquier terapia antineoplásica. En caso de duda consulta con los **O.H.P.**
 - Supervisa el trabajo de preparación de enfermería y auxiliar.
- o El personal de enfermería se encarga de la preparación de citostáticos en base a los protocolos establecidos. En caso de tener alguna duda, consultará con el farmacéutico.
- o La auxiliar realiza el acondicionamiento de la cabina, preparación del material, etiquetado, empaque y dispensación (Según protocolo)

• PROCEDIMIENTO:

- o Las hojas de tratamiento, llegarán al la **U.F.O.** a través de los cauces habituales.
- o El farmacéutico oncólogo valida las prescripciones en base a los protocolos y registra por medio del programa informático de citostáticos los tratamientos de cada paciente.
- o El farmacéutico obtendrá por medio del sistema informático:
 - Hoja de preparación de citostáticos, destinada al personal de enfermería.
 - Hoja de salidas de especialidades, destinada a la auxiliar.
 - Relación de etiquetas de cada citostático.
- o En la etiqueta constará: nombre del paciente, citostático, dosis, tipo de diluyente, volumen final, forma de administración, fecha de preparación y Unidad clínica.
- o Se acondicionará el tratamiento completo de cada paciente en contenedores perfectamente identificados con el nombre del paciente y la unidad clínica correspondiente.



Se utilizaran contenedores distintos cerrados para cada vía de administración: intratecal, intravenosa o intramuscular.

- o En el caso de la medicación intratecal la etiqueta identificativa será de **color rojo**. Vendrá acondicionada en contenedor rígido exclusivo para dicha medicación, identificado en su exterior como **“intratecal”** y con la unidad de destino.
- o En el caso de Vincristina i.v. la etiqueta identificativa será de **color verde** y con la leyenda **“administración: sólo i.v. directa”**.



3. TRANSPORTE

- **RESPONSABLE:**

- o Auxiliar de Enfermería de la Unidad de Oncohematología pediátrica (Planta de Escolares. 3ª Azul)

- **CIRCUITO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD:**

- o Una vez comprobado telefónicamente que ya ha sido elaborada, la auxiliar de enfermería acude a la **U.F.O.** a recoger la quimioterapia correspondiente al paciente.
- o El transporte se realizara en un contenedor rígido y cerrado que impida su rotura y/o dispersión en caso de derrame y adecuado al volumen de preparaciones a transportar.
- o Los contenedores estarán correctamente identificados indicando que contienen citostáticos.
- o Serán de fácil agarre y manejo y se limpiarán como mínimo una vez por semana con abundante agua y jabón, y siempre que haya un derrame accidental. (Ver Protocolo de derrame de citostáticos del Hospital Donostia)
- o El transporte se realizará directamente desde la **U.F.O.** a la Unidad de Oncohematología pediátrica sin detenerse en otros servicios ni realizar tareas adyacentes. **No deben transportarse junto con otros materiales ni medicamentos no relacionados.**
- o La medicación la recibirá la enfermera de la unidad responsable del paciente en los contenedores cerrados separados según la vía de administración y comprobará todos los datos de la etiqueta de la medicación con la hoja de tratamiento contenida en su Historia clínica (**4ª chequeo**)
- o El **O.H.P.** transportará la **T.I.T.** en su contenedor desde la Unidad hasta el lugar de administración al paciente.
- o En el caso de que la medicación no se administre se devolverá a la **U.F.O.** por el mismo procedimiento y en el mismo contenedor en que llegó a la Unidad.
- o En el caso de derrame accidental el responsable del transporte (Auxiliar u **O.H.P.**) deberá proceder según protocolo de derrames del hospital.



4. ADMINISTRACIÓN

- **RESPONSABLE:**

- o Únicamente se administrará **T.I.T.** por parte de los **O.H.P.** de la Unidad.

- **LUGAR:**

- o Se administrará en Cuidados intensivos pediátricos, debido a que en los pacientes pediátricos la medicación intratecal se administra bajo sedación.
- o En caso de coincidir en el mismo día la administración de medicación intratecal con colocación de reservorio bajo anestesia general se realizarían ambos procedimientos en quirófano, pero siempre la administración de **T.I.T.** correrá a cargo de un **O.H.P.**, que se responsabilizará de todo el proceso (transporte, administración y gestión de residuos).

- **PROCEDIMIENTO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD:**

- o El **O.H.P.** se desplaza con el contenedor etiquetado como medicación intratecal y un contenedor para residuos de citostáticos (Identificado como tal) al lugar de administración.
- o Verifica ante la historia clínica del paciente la etiqueta de la **T.I.T.** comprobando coincidencia de todos los datos con la hoja de tratamiento (**5º chequeo**) y firma que administra la medicación en la zona correspondiente de la unidosis.
- o Se recomienda disponer una superficie estable y adecuada en la zona de administración. (No emplear la cabecera de la cama del paciente como zona de trabajo).
- o Se coloca mascarilla y bata con puños elásticos de baja permeabilidad y abrochada por detrás, (que se desecharán tras finalizar la administración). Tras lavado quirúrgico, se utilizará doble par de guantes de látex estériles, o guantes de neopreno estériles.
- o Posteriormente, ya con guantes estériles, se coloca bajo la zona de punción lumbar un paño estéril absorbente plastificado por el reverso de forma que se puedan recoger posibles derrames.
- o Se realiza punción lumbar evacuando la misma cantidad de líquido cefalorraquídeo que el volumen de medicación a administrar, recogiendo éste en dos tubos para los análisis pertinentes.
- o A continuación se administra lentamente la medicación, previa nueva comprobación de la etiqueta, trabajando siempre por debajo del nivel de los ojos.



- o En el caso de punción lumbar dificultosa que se solicite realización de la misma al personal médico del Servicio de Anestesia, la administración de la **T.I.T.** correrá a cargo del **O.H.P.** responsable del proceso.
- o Tras la administración se desechan la **jeringa**, el **tapón Luer-Lock**, la **aguja utilizada** y los **guantes** en el contenedor para residuos citostáticos portátil. Éste a su vez ya cerrado se depositará por el en el contenedor para residuos citostáticos de la Unidad.
- o La **mascarilla** y la **bata**, tras quitarse los guantes, pueden ser desechadas en los contenedores habituales para residuos no citostáticos (Salvo en el caso de derrame accidental, en cuyo caso se seguirá el protocolo de derrames del hospital)
- o Finalmente lavado de manos con agua y jabón.



5. GESTIÓN DE RESIDUOS

- **RESPONSABLE:**

- o El **O.H.P.** tras desechar el material utilizado en el contenedor para residuos citostáticos portátil, lo cierra y deposita en el contenedor de la Unidad de Oncohematología pediátrica siguiendo a continuación el circuito del resto de citostáticos.

- **LUGAR:**

- o Todos los residuos se introducirán en los envases especiales (**Color rojo**). Existen dos: uno en el área de vertedero del control de Oncohematología pediátrica (Control de enfermería izquierdo) y otro en el área de Hospital de Día de Oncohematología pediátrica.



BIBLIOGRAFÍA

- **PROTOCOLO DE MANEJO DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS Y OTROS FÁRMACOS PELIGROSOS.** Osakidetza. Octubre 2006. ISBN 978-84-89342-69-5.
- **MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS SERVICIO DE FARMACIA.** Hospital Donostia (Edificio Aranzazu) San Sebastián. Año 2006 (3ª Edición)
- **Documento de consenso para la prevención de errores de medicación en quimioterapia.** Fundación GEDEFO. Febrero 2001.



ANEXO 1

MATERIAL NECESARIO PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN INTRATECAL

- Superficie estable y adecuada en la zona de administración. (No emplear la cabecera de la cama del paciente como zona de trabajo).
- Mascarilla.
- Bata de baja permeabilidad con puños elásticos y abrochada por detrás.
- Material para lavado quirúrgico.
- Guantes de neopreno estériles o en su defecto doble par de guantes de látex estériles.
- Material para desinfección de la zona de punción.
- Agujas de punción lumbar (22 GA 1.50 IN 0.7 x 38 mm, 22 GA 2.50 IN 0.7 x 63 mm, 22 GA 3.50 IN 0.7 x 90 mm)
- Paño estéril absorbente plastificado por el reverso. (Para recoger posibles derrames).
- Dos tubos para Líquido ceforraquídeo.
- Apósito esteril.

La medicación y el contenedor portátil para residuos citostáticos lo aporta el Oncohematólogo que realiza la intervención, el cual es el responsable del proceso.

