

# ALERTA ESPECIAL ISMP-ESPAÑA Y GEDEFO

## Errores asociados a la administración de vincristina

La administración de vincristina por vía intratecal en lugar de por vía intravenosa es un error de consecuencias fatales para el paciente que desafortunadamente continúa ocurriendo y que, sin embargo, es necesario y posible prevenir.

Este error de medicación es especialmente trágico porque el paciente sufre inevitablemente una parálisis y un deterioro neurológico progresivo y muy doloroso que conduce casi siempre a la muerte, en días o meses, por necrosis del sistema nervioso central.

Las consecuencias para los profesionales sanitarios que se ven implicados en este error son también demoledoras.

Desde el año 1968 han sido comunicados 37 casos de administración equivocada de vincristina por vía intratecal, que han sucedido en pacientes de todas las edades, en diversos países, incluyendo Reino Unido, EE.UU., Alemania, Australia, etc. No obstante, se desconoce el número de casos que han sucedido realmente, ya que es posible que muchos de ellos no se hayan comunicado por temor a las posibles demandas y sanciones. Todos estos casos han ocurrido en pacientes con leucemia o linfoma no Hodgkin que estaban siendo tratados con un régimen intratecal de metotrexato, citarabina y/o corticoides y simultáneamente con vincristina intravenosa, y en los que se había programado la administración al mismo tiempo de los medicamentos por vía intratecal e intravenosa, produciéndose una confusión entre la vincristina y los medicamentos destinados a la vía intratecal.

Entre los factores contribuyentes a estos errores, se han descrito la falta de experiencia en el manejo de este medicamento, que lleva a administrar la vincristina en lugar de o además de la medicación intratecal, la falta de doble chequeo, etc.

El ISMP, a través del Programa de Notificación de Errores de Medicación (MERP), ha recibido 8 notificaciones de este error en EE.UU. desde 1989 y ha publicado informes con recomendaciones para prevenirlo. En 1991 promovió la exigencia por parte de la FDA y la USP de que las preparaciones con vincristina llevaran una alerta advirtiendo de su uso exclusivo por vía intravenosa y que fueran dispensadas dentro de una bolsa protectora provista de una alerta similar. En el año 2001 patrocinó la realización de un estudio para comprobar la estabilidad de la vincristina diluida en cloruro sódico al 0,9% en minibolsas y desde entonces ha fomentado la preparación de vincristina diluida en estas minibolsas como la práctica más sencilla y efectiva para evitar estos errores. Sin embargo, según una encuesta reciente del ISMP en EE.UU., tanto ésta como otras prácticas adicionales que se han propuesto no se aplican en todas las instituciones y han seguido ocurriendo más casos de este desgraciado error.

Aunque en España la administración de la medicación intratecal y la intravenosa se efectúa por diferentes profesionales (médico y enfermera, respectivamente), lo que dificultaría este error, se conoce que han ocurrido dos casos de administración intratecal de vincristina, con consecuencias mortales.

El ISMP-España y GEDEFO se suman a la preocupación internacional por evitar que jamás vuelva a ocurrir este trágico error y, por ello, quieren alertar a los profesionales sanitarios de la necesidad de que en los centros en que se maneje este medicamento se establezca un protocolo explícito para evitar la administración accidental de vincristina por vía intratecal, teniendo en cuenta las siguientes...

### ... RECOMENDACIONES

- ☑ Preparar la vincristina diluida en cloruro sódico al 0,9% en una minibolsa para infusión, para eliminar el riesgo de confusión con las jeringas intratecales. Con esta medida la vincristina se encuentra acondicionada en un tipo de envase y en un volumen que no se adaptan a la administración intratecal, y que además aseguran su diferenciación de la medicación intratecal que se suele dispensar en jeringas. Se ha señalado que con esta simple medida se hubieran evitado todos los casos debidos a la administración intratecal de vincristina, aunque algunas de sus causas hayan sido diferentes.
- ☑ Etiquetar las preparaciones de vincristina con una alerta que indique "PARA USO EXCLUSIVO INTRAVENOSO".
- ☑ Etiquetar todas las preparaciones de medicamentos para administración intratecal con una alerta que indique "PARA USO EXCLUSIVO INTRATECAL" y acondicionarlas en sobrebolsas especiales para diferenciarlas de la medicación intravenosa.
- ☑ Establecer un circuito diferenciado para la administración de la medicación intratecal, de forma que ésta se administre en diferente lugar y/o en distintos horarios o días que la medicación intravenosa. Si esto no fuera posible, para aquellos pacientes que reciben medicación por ambas vías, establecer un procedimiento para que no se dispense la vincristina IV hasta que no se tenga la confirmación de que se ha administrado la medicación intratecal (o viceversa).
- ☑ Establecer un sistema de doble chequeo para que dos profesionales sanitarios verifiquen de manera independiente la idoneidad de la dosis y del medicamento, y por supuesto su correspondencia con el paciente, antes de la administración de toda la medicación intratecal. (Esta medida debería adoptarse para administrar todos los medicamentos citostáticos).
- ☑ Además de las medidas expuestas para evitar errores de administración, es importante incluir alertas con dosis máximas de vincristina en los sistemas informáticos de prescripción y validación, con el fin de evitar errores de dosificación.

**Referencias.** - Institute for Safe Medication Practices. Fatal misadministration of IV vincristine. ISMP Medication Safety Alert! 2005; 10 (24): December 1.  
- Institute for Safe Medication Practices. IV vincristine survey shows safety improvements needed. ISMP Medication Safety Alert! 2006; 11 (4): February 23.  
- Trissel LA, Zhang Y, Cohen MR. The stability of diluted vincristine sulfate used as a deterrent to inadvertent intrathecal injection. Hosp Pharm 2001; 7: 740-75.  
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Preventing vincristine administration errors. Sentinel Event Alert 2005 (34): July 14.  
- Prescrire Rédaction. Prévenir le risque d'erreur d'administration de médicaments par voie intrarachidienne ou par voie épidurale. Rev Prescrire 2003; 23: 598-9.



Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos  
Hospital Universitario de Salamanca  
[www.usal.es/ismp](http://www.usal.es/ismp) ismp@usal.es

Grupo Español para el Desarrollo de la  
Farmacia Oncológica

