



La irunesa Arrate Zumeta preside el Colegio de Enfermería de Gipuzkoa.

«La falta de herramientas digitales que alerten de vacunas caducadas reduce la seguridad»

Arrate Zumeta Presidenta del Colegio de Enfermería de Gipuzkoa

Zumeta subraya que los errores en sistemas sanitarios complejos «no obedecen a una causa única» y pone en valor la labor de las enfermeras

AITOR ANSA

SAN SEBASTIÁN. La presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Gipuzkoa, Arrate Zumeta, lanza un mensaje de tranquilidad a la ciudadanía en plena crisis de las vacunas, «sin restar importancia a lo ocurrido». Desde el Colegio entienden que este tipo de incidentes deben analizarse desde una visión de sistema, por lo que considera «fundamental» revisar la organización del trabajo, la formación continuada, la rotación de profesionales, la carga asistencial y los mecanismos de apoyo, «incluidos los organizativos y tecnológicos, para reforzar

las barreras de seguridad».

– **¿Cuándo tuvo conocimiento de que se habían administrado vacunas caducadas?**

– Tuve conocimiento de lo sucedido a través de los medios de comunicación. Desde ese momento mi prioridad ha sido informarme con rigor, contrastar los datos y hacerlo en coordinación con profesionales de enfermería. En el Colegio contamos con una Comisión de Vacunación, en la que participa Rosa Sancho, que nos permite analizar la situación desde el conocimiento técnico y la práctica asistencial.

– **¿Cómo ha afectado la llamada crisis de las vacunas a la enfermería? ¿El colectivo se ha sentido cuestionado?**

– Lo primero y más importante ha sido la preocupación por los niños y niñas afectados y por la inquietud generada en sus familias. Ese es el centro de todo. Lo ocurrido es un incidente relevan-

te, no debe banalizarse y exige un análisis serio orientado a que no vuelva a repetirse. Desde ese punto de partida, es necesario afirmar con claridad que la profesión enfermera no está ni puede estar en cuestión. La enfermería es una profesión sanitaria regulada, altamente cualificada y con un papel estructural en la seguridad del paciente. No se define ni se evalúa por un episodio concreto. La evidencia científica en seguridad del paciente es clara: los incidentes en sistemas sanitarios complejos no responden

a una causa única ni a actuaciones individuales. Se producen cuando coinciden debilidades en distintas capas del sistema —organizativas, técnicas y procedimentales— que deben funcionar como barreras de seguridad.

– **¿A qué factores o debilidades se refiere?**

– Cuestiones como la organización del trabajo, la carga asistencial, la continuidad de los equipos, los circuitos de verificación y los sistemas de registro forman parte de ese entramado. Nuestras profesionales desarrollan su

trabajo dentro de estos sistemas y son parte esencial de esas barreras de seguridad. Por eso, el enfoque correcto no es desplazar el foco hacia personas concretas ni hacia una profesión, sino revisar los procesos, reforzar los sistemas y aprender organizativamente. El Colegio de Enfermería está para la ciudadanía y para los profesionales. Vamos a ser proactivos en todo lo que esté en nuestro ámbito: defendiendo una atención segura y de calidad, apoyando a la enfermería en su ejercicio profesional y colaborando con las instituciones responsables para mejorar los sistemas y reforzar la seguridad.

– **Aunque se han inoculado algunas dosis caducadas, la mayoría estaban mal registradas. ¿Conocían que el sistema informático favorecía estos errores?**

– Como colegio profesional no nos corresponde valorar el funcionamiento concreto de sistemas específicos ni establecer cronologías técnicas sobre su diseño o uso. Ese análisis debe realizarse desde los ámbitos responsables de la gestión de los procesos asistenciales. Lo que sí podemos aportar es el marco técnico desde el que deben analizarse este tipo de incidentes. La evidencia en seguridad del paciente demuestra que los eventos adversos en entornos sanitarios complejos no se explican por una única causa. La cuestión relevante no es determinar un momento concreto, sino revisar de forma global los procesos con el objetivo es reforzar la seguridad y evitar que una situación similar vuelva a producirse.

– **¿Hasta qué punto ha podido favorecer el sistema informático estos errores de registro?**

– Los sistemas informáticos forman parte de la cadena de seguridad asistencial y deben diseñarse y evaluarse para actuar como barreras eficaces frente al error. Cuando se produce un incidente, es legítimo y necesario analizar si esas herramientas están cumpliendo adecuadamente su función protectora. La tecnología debe acompañar la práctica clínica, reducir riesgos y aportar fiabilidad al sistema. Todo lo que contribuya a revisar y reforzar estas herramientas desde una perspectiva de seguridad del paciente es un avance.

– **¿Cómo se podría mejorar?**

– Desde el Colegio defendemos una cultura de seguridad basada en la evidencia científica, la mejora continua y el respeto a las profesiones sanitarias. Mejorar los sistemas no es buscar responsables ni focalizar en personas o colectivos, sino fortalecer las garantías que protegen a la ciudadanía y respaldan una práctica profesional segura. En todo lo que esté en nuestro ámbito, vamos a ser proactivos: apoyando a nuestras profesionales, promoviendo buenas prácticas y colaborando con las instituciones responsables para contribuir a un sistema sanitario cada vez más seguro y robusto.

ERRORES DE REGISTRO
«La tecnología debe acompañar la práctica clínica, reducir riesgos y aportar fiabilidad al sistema»

ENFERMERÍA
«La profesión enfermera no está ni puede estar en cuestión: está muy cualificada, y tiene un papel estructural en la seguridad»

– Al margen de los errores de registro, una treintena de niños han recibido vacunas caducas. ¿Qué ha podido fallar?

–Lo ocurrido responde a una acumulación de circunstancias a lo largo de todo el procedimiento, desde el envío de las vacunas hasta su administración. Por un lado, no hubo un aviso suficientemente claro sobre la proximidad de caducidad de determinados lotes, que además tenían una validez muy limitada. A esto se suma que en algunos centros no siempre se garantiza una colocación diferenciada y claramente señalizada en los frigoríficos, con avisos visibles de vacunas próximas a caducar. También influye el contexto organizativo: alta rotación de profesionales y ausencia de una formación continuada y homogénea dentro de la propia organización. A ello se añaden consultas con espacios limitados y ritmos asistenciales muy elevados, para un acto que requiere verificación y calma. Por último, la falta de herramientas digitales que alerten automáticamente de lotes caducados o próximos a caducar elimina una barrera de seguridad clave. Cuando todas estas circunstancias coinciden, el sistema se vuelve más vulnerable, incluso con profesionales formados y comprometidos.

– ¿Cuál es el protocolo que tiene que seguir un profesional de Enfermería a la hora de inocular una vacuna?

– El protocolo está claramente establecido por el Departamento de Salud e incluye la identificación del paciente, la comprobación del fármaco, dosis, vía de administración, condiciones de conservación, número de lote y fecha de caducidad, además del registro posterior. Es un procedimiento seguro y estandarizado, y existe un seguimiento para garantizar su cumplimiento. Hay que tener en cuenta que en Euskadi se administran miles de dosis de vacunas cada día en todas las OSIs con un alto nivel de seguridad. Lo ocurrido es una situación excepcional que obliga a revisar y reforzar los mecanismos de control.

– ¿Es habitual que el personal de Enfermería primero dispense la vacuna y después haga las comprobaciones pertinentes, como la fecha de caducidad?

– No. Las comprobaciones forman parte del acto previo a la administración. La revisión de la fecha de caducidad, del lote y de las condiciones de conservación se realiza antes de inocular la vacuna. Como comentaba, conviene contextualizar que se administran miles de dosis cada día con seguridad. Lo sucedido es una situación excepcional que debe servir para reforzar el sistema.

– ¿Es la primera vez que ocurre un episodio así?

– En sistemas sanitarios complejos, donde se realizan miles de actos asistenciales cada día, pue-

El lehendakari hablará hoy en la inauguración de un hospital de Vitoria

Las comisiones del Parlamento Vasco retoman hoy la rutina tras el parón navideño, y será precisamente la Comisión de Salud la primera en celebrarse, aunque en el orden día no se abordará la crisis de las vacunas caducas. En el encuentro se expondrá el último informe sobre eutanasia, se hablará sobre la atención a personas con enfermedad mental o covid persistente a propuesta de la parlamentaria de EH Bildu Rebeka Ubera, quien destapó el caso de las vacunas.

Quien sí se espera que se pronuncie sobre la polémica de las vacunas es el lehendakari Imanol Pradales, que esta mañana inaugura en Vitoria el hospital MiKS junto al consejero Alberto Martínez, quien actualizará los últimos datos.

den producirse errores. La clave está en analizarlos y reforzar los mecanismos de prevención, no en señalar a los profesionales. La Enfermería trabaja con una cultura muy asentada de seguridad del paciente y de notificación de incidentes, orientada a minimizar riesgos y mejorar continuamente los procesos.

– ¿Es habitual que una vacuna se caduque en el frigorífico o antes de administrarla?

– No, no es habitual. Es una situación excepcional que no debería producirse cuando los mecanismos de control funcionan correctamente. En condiciones normales, las vacunas próximas a caducar se identifican y se retiran antes de su administración.

– ¿Con cuánto margen de caducidad se administra una vacuna?

– Depende de cada vacuna y de las condiciones establecidas por el fabricante. En cualquier caso, la práctica es clara: las vacunas se administran siempre dentro de su fecha de caducidad, sin márgenes interpretables.

– ¿Cuál es el procedimiento cuando se detecta una vacuna caducada o próxima a caducar?

– La vacuna se retira inmediatamente del circuito asistencia activando el procedimiento interno de notificación. Para su eliminación, debe seguir la vía específica de gestión de residuos sanitarios, depositándose en los contenedores homologados para residuos biológicos, conforme a la normativa vigente.

Los sanitarios de tres ambulatorios de Álava pensaron que el vial ya tenía mezclados los componentes activos del antígeno

T. BASTERRA

SAN SEBASTIÁN. La vacunación con sueros hexavalentes caducados durante noviembre, diciembre y enero en Euskadi es calificada como un «error grave que no podemos ni estamos dispuestos a repetir en un sistema de salud de referencia como es Osakidetza», según destacó el consejero Alberto Martínez. Pero este fallo no es el primer gran equívoco que se comete en el Servicio Vasco de Salud en el campo de la vacunación. En 1997 sanitarios de varios centros de salud de Vitoria inyectaron por error agua en lugar del preparado contra la meningitis a 149 niños.

Durante cuatro días profesionales de los ambulatorios de Olaquiibel, San Martín y Aranbiza-

carra pensaron que el vial contenía ya mezclados los componentes activos del antígeno. Sin embargo faltaba por preparar y disolver la fórmula en el agua destilada antes de inyectarla. Al no hacerlo inocularon solo el segundo elemento.

Como ahora con la hexavalente, aquella vacunación fue inocua. No causó daño a los 149 ni-

ños que recibieron las inyecciones, más allá del tiempo que estuvieron desprotegidos frente a la meningitis. Todos fueron vacunados de nuevo. Para quienes sí tuvo consecuencias aquel error fue para dos cargos de Osakidetza. El director de Centros de Salud y la directora de Enfermería de Álava fueron cesados de forma fulminante.

El error se repitió durante cuatro días en tres centros de salud de la ciudad

Osakidetza ya ha reanunciado entre la tarde del jueves y ayer a 60 de los vacunados afectados a el

acudió a lo largo de la semana a tres centros de salud de la capital alavesa –la mayoría al céntrico ambulatorio de Olaquiibel– para ser inmunizados contra la enfermedad. Los sanitarios supusieron que el

líquido que administraban contenía ya mezclados los componentes activos del antígeno, según fuentes de Sanidad. Tras detectar que la vacuna era un simple disolvente, Osakidetza ha vuelto a citar a los niños.

Dentro de la campaña masiva contra la meningitis C que comenzó el pasado lunes en la comunidad autónoma vasca, responsables de las salas de vacunación de tres centros de salud de Osakidetza en Vitoria han inyectado durante cuatro días por error agua destilada en lugar del antígeno contra la enfermedad a 149 niños menores de dos años. El fallo ha afectado a 120 bebés adscritos al ambulatorio de Olaquiibel, a 20 en el barrio de San Martín y a 9 en Aranbizaurre. Fuentes del Departamento de Sanidad calificaron ayer estos hechos como «una anécdota que tiene sus molestias para los pequeños afectados, pero que no acarrea consecuencias físicas ni sanitarias».

Los padres de los 149 niños, aún sin escuchar, solicitaron la pasada semana la inmunización



Portada con la información de aquel accidente, en 1997.