



ISOAPARIENCIA Y ERROR DE ALMACENAJE ENTRE DOS VACUNAS: APRENDIZAJE A PARTIR DE UN CUASI INCIDENTE (NEAR MISS)

Zapico-Baragaño MJ¹, González-Iglesias I², Fernández-Prada M¹, Cienfuegos-González P¹, Viñuela-González AJ³, Brea-Corral JM³

¹ Área de Gestión Clínica de Medicina Preventiva y Salud Pública ² Área de Gestión Clínica de Urgencias ³ Área de Gestión Clínica de Farmacia · Hospital Vital Álvarez-Buylla, Mieres (Asturias)



OBJETIVOS

Describir y analizar un error de medicación relacionado con el almacenaje de dos vacunas isoaparentes: varicela (Varivax®) y hepatitis A (Vaqta®25).



MÉTODO



Notificación

Cuasi incidente (near miss) notificado al SINASP (Sistema de Notificación y Aprendizaje de Seguridad del Paciente).



Revisión

De la notificación, las fotografías del material implicado y el circuito de recepción, almacenamiento y reposición de vacunas.



Análisis

Aplicación del Protocolo de Londres para el estudio sistemático del incidente y sus factores contribuyentes.



Equipo multidisciplinar

Medicina Preventiva, Farmacia, Enfermería y Experto en Seguridad del Paciente.



Notificado a través de SINASP — Sistema de Notificación y Aprendizaje de Seguridad del Paciente (sinasp.es)

RESULTADOS

+400

vacunas recepcionadas
(15/06/2026)

12

unidades identificadas como Varivax®

2

viales de Vaqta®25 mezclados
por error

0

errores llegaron a
administrarse (near miss)

Cronología del cuasi incidente



15/06/2026

Recepción de +400 vacunas según el protocolo de solicitud y distribución trimestral.



Almacenaje

12 unidades se identifican como Varivax® y se colocan en el estante de la nevera reservado a esta vacuna.



Revisión del albarán

Se detectan 2 unidades de Varivax® de más y la ausencia de las 2 unidades de Vaqta®25 solicitadas.



Contacto con Farmacia

AGC Farmacia confirma el envío correcto: 10 Varivax® + 2 Vaqta®25.



Hallazgo

Nueva revisión física: las 2 vacunas Vaqta®25 estaban mezcladas entre las 10 unidades de Varivax®.



Notificación

Notificación al SINASP y aviso telefónico al laboratorio responsable (MSD).

FACTORES CONTRIBUYENTES



Isoapariencia de los envases

Diseño y colores muy similares entre las cajas de ambas vacunas.



Ausencia de señalización diferenciada

El embalaje del pedido no distinguía visualmente cada vacuna.



Hora de recepción

El pedido se recibió en un momento de mayor carga de trabajo.



Farmacéutico de nueva incorporación

Menor familiaridad con el circuito habitual de reposición.



El error se detectó antes de la administración a ningún paciente. Se notificó al SINASP y se comunicó telefónicamente al laboratorio responsable (MSD).



Figura 1. Isoapariencia entre los envases de Varivax® (vacuna frente a varicela) y Vaqta®25 (vacuna frente a hepatitis A) recibidos el 15/06/2026.



DISCUSIÓN · CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La isoapariencia entre vacunas puede originar errores de medicación incluso en fases previas a la administración. La notificación y el análisis de cuasi incidentes facilita la implementación de medidas sencillas y de alto impacto en la seguridad de la vacunación.