



33

Subsecretaría de Salud Pública
División Prevención y Control de Enfermedades
Departamento de Inmunizaciones
C/C/PC/MPBA/BS/DCR/MICY/MAV/mnh



1446

ORD B27N° _____/

ANT.: Ord. N° 3021, del 29/06/2022, Subsal. Pública. R.E. N° 1583 del 11/10/2022; Subsal. Pública. R.E. N° 18 del 06/01/2023, Subsal. Pública.

MAT.: Refuerza notificación Errores Programáticos (EPRO).

- 2 MAY 2023

SANTIAGO,

DE : SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA

A : SEGÚN DISTRIBUCIÓN

El Departamento de Inmunizaciones, en su constante proceso de actualización dirigida a los distintos niveles de la red y con el fin de fortalecer el flujo de las notificaciones de Errores Programáticos (EPRO), de acuerdo a lo definido en la "Guía de Vacunación Segura/Sistema de Notificación, Evaluación e Investigación de ESAVI y EPRO" y en el documento "Vigilancia de Errores Programáticos (EPRO), Vacuna contra SARS-CoV-2". Solicita reforzar a los vacunatorios públicos y privados en convenio del país, que estas notificaciones deben realizarse a través del formulario oficial actualizado (se adjunta).

El nivel ejecutor debe enviar las notificaciones de EPRO a las/los referentes del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) en cada Secretaria Regional Ministerial (SEREMI) de Salud y/o Servicios de Salud, quienes deben remitir a Nivel Central al correo electrónico: **epro@minsal.cl**

Se les solicita realizar amplia difusión de este documento, con el fin de que esta información sea conocida por todos los niveles y equipos de salud.

Sin otro particular, saludan **atentamente**,

ANDREA ALBAGLI IURETAGOYENA
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA

DISTRIBUCIÓN:

- Secretarías/os Regional Ministerial de Salud
- Directoras/es Servicio de Salud
- Encargada PNI SEREMI de Salud del país.
- Encargada PNI Servicio de Salud del país
- Subsecretaría de Salud Pública
- Subsecretaría de Redes Asistenciales
- DIPRECE
- DIVAP
- Departamento de Inmunizaciones
- Oficina de Partes y Archivo



FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE ERRORES PROGRAMÁTICOS (EPRO)

1. ANTECEDENTES DE LA NOTIFICACIÓN

Fecha de notificación: _____

2. DATOS DEL USUARIO

Nombre completo: _____ Sexo: M [] F [] Intersex/Indeterminado []

Documento de identificación:

RUN: _____ Pasaporte: _____ Otro: _____

Fecha de nacimiento: _____ ¿Embarazo? Si [] No []

Edad: _____ Semanas de gestación: _____

Comuna de residencia: _____ Región: _____

Declara pertenencia de pueblo indígena:

00	Ninguno	04	Colla	08	Rapa Nui
01	Alacalufe (Kawashkar)	05	Diaguita	09	Yámana (Yagán)
02	Atacameño (Lickan Antay)	06	Mapuche	10	Otro: _____
03	Aimara	07	Quechua		

3. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR

Establecimiento que notifica: _____

Región: _____ Servicio de Salud: _____ Comuna: _____

Establecimiento donde recibió la(s) vacuna(s): _____

Región: _____ Servicio de Salud: _____ Comuna: _____

4. ANTECEDENTES DEL EPRO

Fecha de vacunación: _____ Hora de vacunación: _____

Relato del evento (describir con letra legible y ordenada: dónde, cuándo, motivo y cómo ocurre el error):

Tipo de EPRO: Marque con una X según corresponda

No se respetó una contraindicación de la vacuna		Administración de una vacuna incorrecta según esquema	
Dilución/reconstitución de una vacuna de forma incorrecta		Administración de dosis extra	
Se administró una dosis (mL) incorrecta		Administración de vacuna en un sitio incorrecto	
Administración de vacuna a paciente de edad incorrecta		Vía de administración incorrecta	
Administración de una vacuna en cuarentena o no apta para uso		Registro incorrecto	
Vacuna fuera de fecha de vigencia		Vacuna fuera de rango de temperatura (QCF)	
Paciente incorrecto		Intervalo incorrecto	
Se utilizó material contaminado			

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE ERRORES PROGRAMÁTICOS (EPRO)

Vacuna(s) administrada(s). Complete cada ítem referente a la vacuna administrada

VACUNA							DILUYENTE (si aplica)			
Vacuna	Nº dosis	Marca comercial	Lote	Fecha de vencimiento	Vía de adm.	Sitio de adm.	Nombre	Lote	Fecha de vencimiento	Tiempo de reconstitución
SARS-CoV-2										
BCG										
Hepatitis B										
Hexavalente										
Neumocócica conjugada										
SRP (Tres vírica)										
Meningocócica conjugada (A, C, Y, W-135)										
Hepatitis A										
Varicela										
Fiebre amarilla										
dTpa										
VPH (tetraivalente)										
Neumocócica polisacárida										
Influenza estacional										
Toxoide diftérico tetánico (dT)										
Antirrábica										
Rotavirus										
Meningocócica grupo B										
Viruela del mono										
Otra ¿Cuál?:										



FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE ERRORES PROGRAMÁTICOS (EPRO)

5. ANTECEDENTES RELEVANTES

¿Usuario recibió atención médica? Si [] No []

¿Se informa a Director y jefatura del centro de salud la ocurrencia del EPRO? Si [] No []

¿Se informa a padres, cuidadores y/o usuario afectado una vez detectado el EPRO? Si [] No []

Indicaciones entregadas:

- *
- *
- *
- *
- *
- *

¿Se inicia seguimiento del estado de salud del afectado/a? Si [] No []

¿Cuál fue la vía de seguimiento?

Telefónico [] Citación al centro de salud [] Visita domiciliaria []

¿Usuario tuvo manifestaciones post vacunación? Si [] No []

Manifestaciones locales:

Dolor en el sitio de inyección	Tumefacción en el sitio de inyección	Enrojecimiento en el sitio de inyección
Absceso	Celulitis	Necrosis
Adenopatía axilar	Adenopatía supraclavicular	Otras ¿cuáles?

Manifestaciones sistémicas:

Prurito	Fiebre (T° axilar >38,5°C)	Shock
Urticaria	Lipotimia	Encefalitis
Palidez	Dificultad respiratoria	Artralgia
Cefalea	Convulsiones	Paresia extremidades superiores
Fatiga	Trastorno de la marcha	Paresia extremidades inferiores
Llanto incontrolable	Edema facial	Edema generalizado
Anafilaxia	Otras ¿cuáles?	

¿Se notificó como ESAVI? Si [] No []

¿Requirió tratamiento médico y/o farmacológico? Si [] No []

Describe:

¿Requirió exámenes de laboratorio? Si [] No [] (registrar información relevante o exámenes y sus resultados)



FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE ERRORES PROGRAMÁTICOS (EPRO)

¿Requirió hospitalización?

Si [] No []

6. RESOLUCIÓN

El notificador, ¿logró obtener indicaciones desde el Lineamiento Técnico Operativo, según tipo de vacuna con la que se ocasionó el EPRO?

Si [] No []

¿Solicitó directriz a SEREMI o Servicio de Salud?

Si [] No []

Describa su consulta:

7. ANTECEDENTES NOTIFICADOR

Notificado por: Médico [] Enfermera [] Técnico paramédico [] Otro (señalar) []

Nombre del profesional: _____ RUN del profesional: _____

Fono: _____ Correo electrónico: _____

Centro asistencial: _____