



# **ACTUALIZACIÓN FORMULARIOS EPRO: NOTIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE CASO**

**DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES**

**MINISTERIO DE SALUD**

**17 DE ENERO DEL 2023**



# RESOLUCIÓN EXENTA N°18 / 06 DE ENERO DE 2023



APRUEBA "FORMULARIOS DE NOTIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE CASO DE ERRORES PROGRAMÁTICOS (EPRO)" 2022.

SANTIAGO, 06 ENERO 2023

RESOLUCIÓN EXENTA N° 18,

VISTOS, lo dispuesto en los párrafos segundo y tercero del numeral 9 del artículo 19 de la Constitución Política de la República de Chile; en el numeral 14 del artículo 4 del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763 de 1979 y de las leyes N°18.933 y N°18.469; en la ley 20.584, que regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en relación con Acciones vinculadas a su Atención de Salud; en la resolución exenta N° 408 del Ministerio de Salud, de fecha 10 de marzo de 2022, de la Subsecretaría de Salud Pública; y las Resoluciones N°7 y 8 de 2020, de la Contraloría General de la República; y

CONSIDERANDO,

1°.- Que, al Ministerio de Salud le compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección, recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar las acciones.

2°.- Que, asimismo, a esta Secretaría de Estado le corresponde formular, fijar y controlar las políticas de salud, en consecuencia, entre sus funciones está la de efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población. En el ejercicio de esta función, deberá mantener un adecuado sistema de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, investigar los brotes de enfermedades y coordinar la aplicación de medidas de control.

3°.- Que, los EPRO corresponden a los eventos relacionados con los aspectos operativos de la vacunación, por cuanto es importante su notificación oportuna y tomar las medidas necesarias a fin de minimizar la probabilidad de ocurrencia.

4°.- Que, al Departamento de Inmunizaciones, en su proceso de mejora continua ha desarrollado los siguientes formularios:

- Formulario de notificación de errores programáticos (EPRO)
- Formulario de investigación de errores programáticos (EPRO)
- Formulario de seguimiento y cierre de casos de errores programáticos (EPRO)

5°.- Que, los formularios tienen por objetivo actualizar la normativa para el manejo de los errores programáticos que corresponden a procedimientos que no cumplen con las normas establecidas y que solos o en conjunto pueden generar eventos adversos graves y fatales.

6°.- Que, en virtud del artículo 4 N° 14 del DFL N° 1 de 2005, es atribución del Ministerio "Establecer, mediante resolución, protocolos de atención en salud. Para estos efectos, se entiende por protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados. Estas serán de carácter referencial, y sólo serán obligatorios, para el sector público y privado, en caso de que exista una causa sanitaria que lo amerite, lo que deberá constar en una resolución del Ministerio de Salud".

7°.- Que, asimismo, conforme al artículo 4 del DFL N° 1 antes citado, le corresponde al Ministerio "2.- Dictar normas generales sobre materias técnicas,

administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas."

8° Que, la resolución exenta N° 408 que aprueba documento "vigilancia de errores programáticos (PRO) vacuna contra sars-cov-2 2021" de 10 de marzo de 2022, no contempla los formularios que se aprueban por esta resolución, sino que su desarrollo es fruto del proceso de mejora continua que lleva a cabo el Departamento de Prevención y Control de Enfermedades.

9° Que, por lo anteriormente señalado, dicto la siguiente:

## RESOLUCIÓN

1.- APRUÉBASE el documento denominado **FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN, DE ERRORES PROGRAMÁTICOS (EPRO)**, cuyo texto se adjunta y forma parte de la presente resolución, el que consta de 4 páginas, todas ellas visadas por el Subsecretario de Salud Pública.

2.- APRUÉBASE el documento denominado **FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN, DE ERRORES PROGRAMÁTICOS (EPRO)**, cuyo texto se adjunta y forma parte de la presente resolución, el que consta de 2 páginas, todas ellas visadas por el Subsecretario de Salud Pública.

3.- APRUÉBASE, el documento denominado **FORMULARIO DE SEGUIMIENTO Y CIERRE DE CASO DE ERRORES PROGRAMÁTICOS (EPRO)**, cuyo texto se adjunta y forma parte de la presente resolución, el que consta de 2 páginas, todas ellas visadas por el Subsecretario de Salud Pública.

4.- **PUBLÍQUESE**, el texto íntegro de los formularios aprobados y el de la presente resolución en el sitio [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl), a contar de la total tramitación de esta última.

5.- **REMÍTASE**, un ejemplar de cada uno de los formularios aprobados a los Servicios de Salud y a las Secretarías Regionales Ministeriales del país.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



DOÑA XIMENA AGUILERA SANHUEZA  
MINISTRA DE SALUD

## DISTRIBUCIÓN

- Jefe de Gabinete Ministra de Salud
- Jefe de Gabinete Subsecretario de Salud Pública
- Jefe de Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Directores de los Servicios de Salud del país
- Secretarías Regionales Ministeriales de Salud del país
- Jefe de División Prevención y Control de Enfermedades
- Jefe de Departamento de Ciclo Vital
- Jefe de Departamento de Estadísticas e Información de Salud
- División Jurídica
- Oficina de Partes



# FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN



# FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN



## 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
01	Alacalufe (Kawashkar)	05	Diaguita
02	Atacameño (Lickan Antay)	06	Mapuche
03	Aimara	07	Quechua
08	Rapa Nui	09	Yámana (Yagán)
10	Otro: _____		
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	Nº dosis	VACUNA				DILUYENTE (si aplica)				
		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 (tetravalente)										
Neumocócica polisacárida										
Influenza estacional										
Toxide diftérico tetánico (dT)										
Antirrábica										
Rotavirus										
Meningocócica grupo B										
Viruela del mono										
Otra ¿Cuál?:										

# FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN



## 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?			
Teléfono [ ]		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 [ ]
Describa:			
¿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: _____		



# FORMULARIO DE SEGUIMIENTO Y CIERRE DE CASO



# FORMULARIO DE SEGUIMIENTO Y CIERRE DE CASO



## FORMULARIO DE SEGUIMIENTO Y CIERRE DE CASO DE ERRORES PROGRAMÁTICOS (EPRO)

### 1. DATOS DEL USUARIO

Nombre completo:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Intersex/Indeterminado <input type="checkbox"/>
Documento de identificación:	
RUN: _____ Pasaporte: _____ Otro: _____	
Comuna de residencia:	Región:
Fecha de nacimiento:	Edad:

### 2. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN

Fecha de notificación:			
Establecimiento:	Región:		
Servicio de Salud:	Comuna:		
Fecha de vacunación:			
Tipo de vacuna:	Lote:	Dosis:	Fecha de vencimiento:

### Tipo de EPRO:

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

### 3. SEGUIMIENTO

#### Detalles del seguimiento

Contacto (SI/NO)	Vía de seguimiento (Telefónico, citación al centro de salud, visita domiciliaria)	Fecha	Descripción	¿Tuvo manifestaciones durante el seguimiento? (SI/NO)	¿Se notificó como ESAVI? (SI/NO)



## FORMULARIO DE SEGUIMIENTO Y CIERRE DE CASO DE ERRORES PROGRAMÁTICOS (EPRO)

### 4. CIERRE DE CASO

¿Cuál es la condición al finalizar el período de seguimiento?: Marque con una X la opción

Recuperado sin manifestaciones	<input type="checkbox"/>
Recuperado con manifestaciones	<input type="checkbox"/>
En tratamiento ambulatorio	<input type="checkbox"/>
Hospitalizado	<input type="checkbox"/>
Fallecido	<input type="checkbox"/>

### 5. 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

Describe su consulta:

### 6. RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO

Notificado por: Médico  Enfermera  Técnico paramédico  Otro (señalar)

Nombre: \_\_\_\_\_ RUN del profesional: \_\_\_\_\_

Fono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Centro asistencial: \_\_\_\_\_



# FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN DE ERRORES PROGRAMÁTICOS







# Muchas Gracias

