

Notificación de Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización (ESAVI)

Instructivo de uso para Pacientes/Consumidores y Profesionales de la Salud



Junio de 2026
Versión 1.0

Ingresa a
VigiVac a
través del
siguiente
código QR:



O a través del siguiente enlace:

<https://vigiflow-eforms.who-umc.org/pa/vigivac>



Siga la Guía de descarga para utilizar VigiVac en su dispositivo, tableta u ordenador como una aplicación móvil.

PANTALLA DE INICIO:



VigiVac Panamá

Menú

ADVERTENCIA

Si Usted está reportando en nombre de otra persona como por ejemplo: profesional de la salud, familiar, otro delegado o como su representante legal, garantizar el consentimiento del usuario del medicamento, como se indica a continuación:

Uno de los objetivos de la Dirección Nacional de Farmacia y Drogas (DNFD) es que la población acceda a medicamentos de calidad, seguros y eficaces. Una forma de cumplir con este objetivo es dar a conocer las reacciones adversas de los medicamentos. Este sistema de notificación de reacciones adversas, que ahora está utilizando, ha sido puesto a disposición por el Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Monitoreo Internacional de los medicamentos con la finalidad de lograr un reporte de sospechas de reacciones adversas a medicamentos lo más eficiente posible.

El sistema de reporte, requiere de cierta información, que incluye algunos datos personales de usted como: correo electrónico, ciudad, sexo, edad, peso, los medicamentos que está recibiendo, la reacción adversa que le produjo e información adicional que pueda proporcionar acerca de la sospecha de reacción adversa.

La información proporcionada será evaluada y procesada por DNFD con el propósito de identificar las reacciones adversas a los medicamentos y que el uso de los medicamentos sea lo más seguro posible. La dirección de correo electrónico facilitará el seguimiento por parte de DNFD, la información obtenida sin sus datos personales se pondrá a disposición de terceras partes involucradas en la investigación de la seguridad de los medicamentos en todo el mundo, tales como la OMS, las autoridades reguladoras, empresas farmacéuticas. Las estadísticas de resumen serán accesibles al público.

Si usted se compromete a proporcionar información que incluye datos personales (nombre, dirección, teléfono y correo electrónico), tiene derecho a la información desde el controlador sobre el procesamiento de sus datos una vez al año. Asimismo, tiene el derecho a exigir la rectificación de sus datos que se están procesando.

Al presionar "Acepto", Usted da consentimiento para la utilización de sus datos personales antes mencionados.

Gracias por su valiosa información.

Nota: Por favor es importante entender que si Usted experimenta una reacción adversa a un medicamento, debe buscar asistencia médica, porque no recibirá ninguna ayuda por este medio.

☐ Acepto los términos y condiciones

El idioma predeterminado de la aplicación es el español.

Dé clic en la casilla "Acepto los términos y condiciones" para iniciar con el formulario. Puede revisar los términos y condiciones en cualquier momento durante la captura de información dando clic en el texto fijo Términos y condiciones que encontrará en la parte superior de la ventana (al desplegar Menú).

Dé clic en "Continuar para el formulario".

ANTES INICIAR LA CAPTURA DE INFORMACIÓN, CONSIDERE LO SIGUIENTE:

- Toda la información de los datos personales del consumidor/paciente y notificador será tratada con los principios de protección y confidencialidad establecidos las disposiciones y leyes aplicables.
- Si no cuenta con la información en un campo de texto libre, dejar en blanco. No es

necesario colocar leyendas como “Se desconoce” o “No se sabe”.

- Campos obligatorios: para que la notificación pueda enviarse al Centro Nacional de Farmacovigilancia, deberá aportar información mínima. Un campo obligatorio en blanco se marcará en color rojo cuando intente pasar a la siguiente sección.
- Datos incongruentes e incompletos: si un campo que necesariamente requiere un dato completo se deja incompleto o en determinadas circunstancias existe información incongruente se marcará en rojo para completarlo o corregirlo, por ejemplo, entre las fechas de la administración del medicamento y fecha de inicio del malestar.
- Si uno o más campos no están llenados correctamente, deberá corregirlos para habilitar la siguiente sección.
- **IMPORTANTE:** el envío de toda notificación no constituye necesariamente una relación causal entre la vacuna reportada y los eventos o malestares presentados.



Primera sección: Paciente

Fecha del evento notificado por el paciente al

sistema de salud: si previamente hizo la notificación en una unidad de salud, coloque la fecha comenzando por el día, seguido del mes (catálogo) y año a 4 dígitos. Si desconoce el día puede ingresar al menos el mes y año.

Iniciales: coloque en mayúsculas con el siguiente orden: la primera letra del primer y segundo nombre, seguido de la primera letra de lo(s) apellido(s).

Ejemplo: Beatriz María Pinzón García

El orden de las iniciales sería el siguiente: BMPG

Nombre(s) del paciente/consumidor: colocar el nombre del paciente/consumidor.

Apellido(s) del paciente/consumidor: colocar el apellido del paciente/consumidor.

Los siguientes datos del paciente o consumidor son relevantes para cuestiones epidemiológicas y de contacto:

Dirección: colocar la dirección domiciliaria del paciente/consumidor.

Corregimiento: colocar el corregimiento domiciliario del paciente/consumidor.

Distrito: seleccionar de la lista el distrito domiciliario del paciente/consumidor.

Nota: Si no encuentra en la lista el distrito dar clic en “[distrito no encontrado](#)” y aparecerán los campos de texto libre para completar el distrito y la provincia de domicilio del paciente.

Teléfono: proporcione un número telefónico válido (celular o fijo) como medio de comunicación en caso de ser necesario recabar más información sobre el caso.

Sexo biológico: elija la opción según corresponda Masculino o Femenino.

En caso de seleccionar Femenino, se desplegarán dos casillas que puede marcar en caso de que se esté cursando en embarazo o en lactancia.

Fecha de nacimiento: ingrese la fecha de nacimiento completa comenzando por el día, seguido del mes (catálogo) y año a 4 dígitos.

Cuando se notifican malformaciones de nacimiento, informe la edad y sexo del bebé en el momento de la detección y proporcione datos de identificación de la madre en la sección correspondiente a “Narrativa del caso (signos y síntomas)”.

Edad de inicio de la reacción: proporcione la edad cumplida del paciente o consumidor de la vacuna al comienzo de las reacciones. Coloque la información en el campo libre y del catálogo seleccione la unidad de tiempo.

Continúe a la “Siguiente sección”.



Segunda sección: Notificador

En esta sección se debe proporcionar información acerca del notificador y la procedencia de la notificación, la cual es relevante por cuestiones epidemiológicas y en caso necesario, de contacto.

Nombre(s), Apellidos(s): del notificador.

Organización/Instalación de salud: en caso de que el notificador sea un profesional de la salud que labora en una unidad de salud, colocar el nombre de la instalación de salud.

Provincia o Región de salud: colocar la provincia o región de salud desde donde se reporta.

Tipo de notificador: seleccione su perfil entre Médico/a, Enfermero/a, Farmacéutico/a, Profesional de la salud, Receptor/a de la vacuna, otro/a profesional no sanitario.

Consideración: en caso de que el consumidor o paciente sea la misma persona que realiza la notificación, elija Receptor/a de la vacuna. Cuando la notificación la realizan familiares, amigos o representante legal del paciente/consumidor elija Receptor/a de la vacuna.

Dirección: colocar la dirección de la instalación de salud del notificador o la del paciente si es el mismo paciente el que notifica.

Corregimiento: colocar el corregimiento de la instalación de salud del notificador o el del paciente si es el mismo paciente el que notifica.

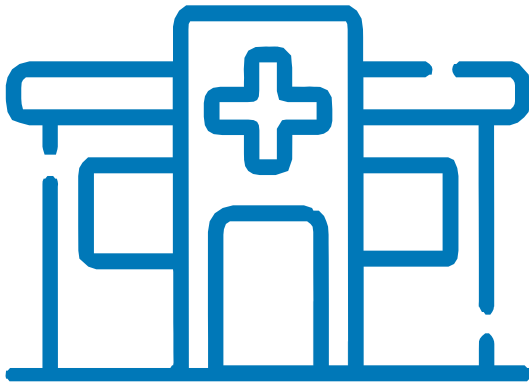
Distrito: seleccionar de la lista el distrito al que pertenece la Instalación de salud del notificador o del paciente/consumidor, si este es el que notifica.

Nota: Si no encuentra en la lista el distrito dar clic en “[distrito no encontrado](#)” y aparecerán los Campos de texto libre para completar el distrito y la provincia correspondiente.

Teléfono: proporcione un número telefónico válido (celular o fijo), como medio de comunicación en caso de ser necesario recabar más información sobre el caso.

Dirección de correo electrónico: proporcione un correo electrónico válido, como vía de contacto en caso de ser necesario recabar más información sobre el caso.

Continúe a la “Siguiente sección”.



Tercera sección: Establecimiento de salud (lugar o centro de vacunación)

Si cuenta con los datos del lugar donde se aplicó la vacuna, proporcione la siguiente información:

Nombre: proporcione el nombre del lugar o centro de vacunación.

Dirección: proporcione la dirección exacta del lugar de vacunación, si la conoce.

Corregimiento: colocar el corregimiento de ubicación del establecimiento de salud, lugar o centro de vacunación.

Distrito: seleccionar de la lista el distrito al que pertenece la Instalación de salud, lugar o centro de vacunación.

Nota: Si no encuentra en la lista el distrito dar clic en “[distrito no encontrado](#)” y aparecerán los campos de texto libre para completar el distrito y la provincia correspondiente.

Teléfono: proporcione un número telefónico válido (celular o fijo), como medio de comunicación en caso de ser necesario recabar más información sobre el caso.

Continúe a la “Siguiente sección”.



Cuarta sección: Vacuna

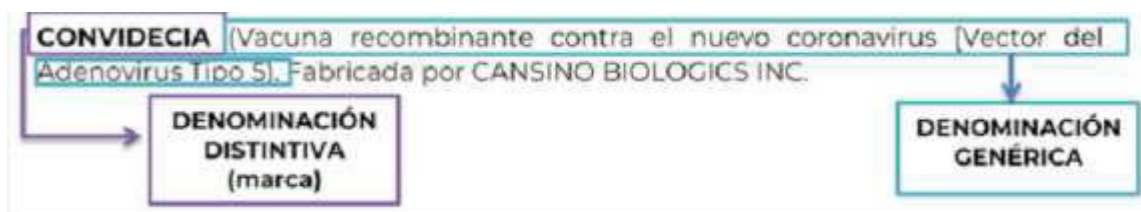
En esta sección proporcione la información de la o las vacunas que se aplicaron antes de presentarse el evento o malestar, tanto las que considere sean sospechosas de causarlo como las que considere no contribuyeron.

Tendrá que llenar la información por cada vacuna; pulse el botón “Agregar vacuna” por cada vacuna administrada que incluya su caso. Si desea eliminar toda la información de una vacuna, de clic en el ícono.

Nombre del medicamento (vacuna): seleccione de la lista la(s) vacuna(s) sospechosas. Si no encuentra la vacuna de clic en [Vacuna no encontrada](#). Se despliegan los siguientes campos:

Nombre del medicamento (vacuna): coloque la marca comercial o el nombre genérico como viene señalado en el empaque de la vacuna. Si ésta contiene más de un componente activo (antígeno), colóquelos en el mismo orden que aparece en el empaque.

Puede verificar la información en la tarjeta de vacunación. Ejemplo:



Titular de la autorización de comercialización (laboratorio): coloque el nombre de la compañía farmacéutica fabricante de la vacuna tal como se muestra en el empaque. (Si lo tiene)

Probablemente causante del evento: habilite la casilla en caso de que considere que la vacuna registrada causó el evento o malestar; en caso de no ser así, dejar en blanco, pero considere que es necesario tener al menos una vacuna sospechosa en la notificación.

Inicio de la administración: ingrese la fecha cuando se administró la vacuna comenzando por el día, seguido del mes (catálogo) y año a 4 dígitos. Si desconoce el día, puede ingresar al menos el mes y año.

Asimismo, puede colocar la hora de administración en los campos respectivos hh:mm en el formato de 12 horas.

Número de dosis: seleccione del catálogo el número de dosis que le corresponde a la vacuna aplicada. Ejemplo: 1ª dosis, 2ª dosis, 3ª, etc. Si fue dosis única, elija 1ª dosis.

Número de lote: proporcione el número de lote de la vacuna tal como aparece en el empaque, o puede revisar esta información en la tarjeta de vacunación.

Si desconoce el número de lote seleccione la casilla “Número de lote desconocido”.

Fecha de caducidad: coloque la fecha de caducidad de la vacuna comenzando por el día, seguido del mes (catálogo) y año a 4 dígitos. Si desconoce el día, puede ingresar al menos el mes y año.

Apartado de Diluyente

Esta información solo es aplicable a las vacunas que requieren reconstituirse antes de su aplicación. **Nota:** si no dispone de esta información puede dejarla sin completar.

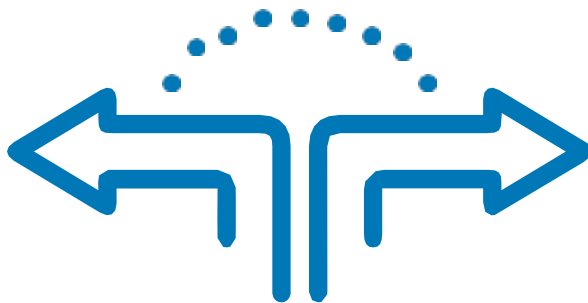
Nombre del diluyente: coloque el nombre del diluyente utilizado para la vacuna aplicada.

Número de lote del diluyente: coloque el número de lote del diluyente.

Fecha de caducidad del diluyente: coloque la fecha de caducidad del diluyente comenzando por el día, seguido del mes (catálogo) y año a 4 dígitos. Si desconoce el día, puede ingresar al menos el mes y año.

Fecha de reconstitución: coloque la fecha en la que se realizó la reconstitución comenzando por el día, seguido del mes (catálogo) y año a 4 dígitos. Si desconoce el día, puede ingresar al menos el mes y año. Asimismo, puede colocar la hora en los campos respectivos hh:mm en el formato de 12 horas.

Continúe a la “Siguiente sección”.



Quinta sección: Evento Adverso

En esta sección debe colocar individualmente, el (los) evento (s) o malestares (es) que se presentaron. En caso de que se haya presentado más de un evento, seleccione la opción “Añadir evento”. Si desea eliminar toda la información de un evento, de clic en el ícono.

Evento adverso (Reacción/evento): seleccione de la lista de eventos adversos comunes. sino lo encuentra dé clic en [Evento adverso no encontrado](#) y proporcione en el campo de texto libre la Reacción/evento presentado.

Narrativa del caso (signos y síntomas): en esta sección describa con sus propias palabras o lo expresado por el paciente, de forma cronológica, cualquier malestar, signo, síntoma, enfermedad, síndrome, diagnóstico o resultado anormal de laboratorio que sospeche han sido causados por la vacunación.

Incluya detalles relevantes de los eventos, fechas, otros medicamentos utilizados u otra situación relevante que aporte información de utilidad para analizar el caso. Asegúrese de describir con el mayor detalle posible lo ocurrido para evento y vacuna. Si cuenta con la información, incluya los medicamentos utilizados para tratar los eventos o malestares presentados.

Fecha de comienzo: coloque la fecha cuando inició malestar o evento comenzando por el día, seguido del mes (catálogo) y año a 4 dígitos. Si desconoce el día, puede ingresar al menos el mes y año.

¿El evento fue grave? seleccione “Sí” cuando así lo considere y se desplegarán los motivos de gravedad. Si el evento no fue grave, elija la opción correspondiente.

Motivo de gravedad: siempre y cuando elija que el evento fue grave, debe seleccionar uno o más motivos de gravedad aplicables al evento reportado.

Resultado: seleccione de entre las opciones el estado actual respecto al malestar o evento en el paciente o consumidor de la vacuna:

Recuperada/Resuelta: elija en el caso donde la reacción ya no está presente y se solucionó sin generar consecuencias.

En recuperación/En resolución: elija cuando se presente mejoría, pero aún persiste la reacción.

No recuperada/No resuelta: elija en caso de que la reacción persista sin mejoría.

Recuperada con secuelas: elija en caso de recuperación de la reacción, pero esta le generó al paciente o consumidor una consecuencia (efecto residual, o resultado permanente, derivado de una enfermedad o lesión).

Mortal: elija en caso de que posterior a la reacción el paciente haya fallecido.

Desconocido: elija si no se conoce el estado actual del paciente.

Historia médica relevante: en esta sección proporcione información relevante de la historia clínica del paciente o consumidor que sume a la evaluación del caso, dado que algunos eventos/reacción pueden presentarse a causa o en combinación con enfermedades previas, consumo de alimentos, consumo de drogas, otros medicamentos, hábitos de tabaco, ingesta de alcohol o alergias.

Describa los datos de importancia de la historia clínica, como son: diagnósticos, alergias, embarazo, cirugías previas, enfermedades concomitantes, resultados de pruebas de laboratorio, incluyendo fechas de inicio de los padecimientos y su estado actual. Puede proporcionar también información de medicamentos que considere relevante que haya consumido antes de la aparición de la reacción y que ya no esté consumiendo, con fecha de inicio y término de consumo.

Envío de Reportes

Antes de enviar el reporte se recomienda revisar nuevamente todas las secciones y en caso de haber olvidado algún dato, lo puede agregar antes del envío. Una vez enviado el caso no pueden realizarse modificaciones al reporte inicial desde VigiVac.

Dé clic en “Enviar reportes”.



Si aportó la información mínima necesaria, el caso se enviará con éxito al Centro Nacional de Farmacovigilancia y se mostrará el siguiente acuse de recepción.

El acuse le muestra el identificador con el cual el reporte ingresó a la base de datos nacional. También puede descargar el documento PDF con toda la información capturada.

NOTA: Si intentó enviar el reporte, pero su dispositivo no cuenta con acceso a internet, se le mostrará una pantalla que le indicará que su Reporte ha sido añadido a la cola y que podrá enviarlo cuando su dispositivo esté conectado al internet.



En esta situación, el a reporte ha sido guardado en la memoria de su equipo, pero no puede editarse. Seleccione la opción “Enviar reportes” cuando ya cuente con acceso a internet para concluir el envío.

Puede enviar todos los reportes en cola que estén pendientes en cualquier momento cuando cuente con acceso a internet. De ser exitoso el envío, se le mostrará el acuse de recepción antes mencionado.



Seguimientos

Si posteriormente al envío de su reporte desea comunicar al CNFV nueva información relevante para el caso, se solicita NO CAPTURAR el reporte desde cero en VigiVac. En esta situación debe enviar un correo a fvigilancia@minsa.gob.pa con la siguiente información:

- **Asunto:** Seguimiento de reporte de VigiVac Panamá
- **Adjunto:** PDF descargado con toda la información capturada en el reporte inicial.
- **Cuerpo del correo:**
 - Identificador del reporte inicial, el cual se le proporcionó en el acuse de recepción. Es relevante este identificador, ya que mediante él se identifica el caso inicial en la base de datos nacional.
 - Toda la nueva información relevante que haya surgido desde el envío del reporte inicial. Datos de identificación y de contacto del remitente del correo.

El Centro Nacional de Farmacovigilancia actualizará el reporte inicial y le dará respuesta a su correo electrónico.