



Describir forma farmacéutica (polvo, solución, suspensión)	
Diluyente utilizado y forma de preparación	NO APLICA
Velocidad de infusión del producto (cuando sea el caso)	
Utiliza diferentes agujas para preparar y administrar el medicamento	Indicarlo SI ___ NO ___
Calibre de la aguja que utiliza	
¿Cómo transporta el medicamento preparado hacia la sala de enfermería?	
Detallar la técnica utilizada para preparar y administrar el medicamento, indicando el personal de salud que realiza este proceso	

VII. Información documental disponible, adjunta

1. Fotos o copia de la tarjeta en donde se evidencie cantidad recibida, dispensada y existencias del producto.	SI ___	NO ___
2. Fotografía o videos de las condiciones de temperatura, almacenamiento y estiba, en almacén, recetario, sala, etc. (según el caso).	SI ___	NO ___
3. Información disponible para el personal de salud o paciente, tales como: Inserto o prospecto, guía, tarjeta, etc.	SI * ___	NO ___
4. Documentación adicional como videos o imágenes, relevantes para la investigación.	SI ___	NO ___

VIII. Información documental disponible, adjunta

1. Entrevista con el Notificador	SI ___	NO * ___
2. Entrevista con el Paciente. En caso afirmativo, especifique: - Lugar donde almacena el medicamento en casa: _____ - Llevó el medicamento a casa una vez retirado de la farmacia (Si/No) explique la trazabilidad: _____ - Aproximadamente por cuánto tiempo estuvo el medicamento en casa antes de detectar la sospecha de RAM, FT: _____	SI ___	NO * ___
3. Historia clínica del evento	SI ___	NO * ___
4. Exámenes físicos del paciente	SI ___	NO * ___
5. Estudio de laboratorios	SI ___	NO * ___
6. Exámenes de gabinete que sean pertinente a la sospecha	SI ___	NO * ___
7. Algoritmo que corresponda para determinar causalidad de RAM y ESAVI (Aplica sólo para Comités de Farmacoterapia que tengan disposición de tiempo y personal capacitado para realizar Algoritmo).	SI ___	NO * ___

X. Información para varias notificaciones de sospecha de reacción adversa a medicamentos, falla terapéutica, ESAVI:

Paciente (iniciales)/Cédula	Descripción de la sospecha de RAM, FT, ESAVI	Observaciones*	Lote/Fecha de expiración	Código asignado por el Comité de FT	Código asignado por el CIFV-CSS
S.P 4-715-103	Necrólisis Epidérmica Tóxica (NET)	Tos, malestar general	VA1K1/10-2026	CIDELAS – CLFF RAM 124 2025	



* Información que complementa el formulario, por ejemplo: Medicamentos concomitantes, en caso de reacción alérgica especificar, tratamiento administrado, desenlace del evento, etc.

XI. Otras investigaciones realizadas en la unidad ejecutora:

El familiar refiere que paciente presentó una reacción adversa al medicamento que comenzó a tomar el 9 de mayo, siendo la última dosis administrada el 31 de mayo. Posteriormente, acudió a clínica privada debido a la presencia de edema palpebral y malestar general. Se le trataron los síntomas y fue dado de alta. Sin embargo, al experimentar un aumento en la gravedad de los síntomas, el paciente se atiende en CHMDr AAM y fue referido a esta unidad para una evaluación más detallada.

XII. Evaluación de la información recopilada:

La capacidad del equipo médico para identificar y clasificar la reacción adversa en la primera visita es crucial. El hecho de que el paciente fue dado de alta y luego tuvo que buscar nueva atención medica puede indicar una falta de seguimiento adecuado o la necesidad de dar instrucciones más claras sobre cómo proceder en caso de que los síntomas volatilicen. La referencia a una unidad especializada es un aspecto positivo mostrando que hay entendimiento de la complejidad del caso a necesidad de atención adicional. La farmacovigilancia es fundamental en la identificación y el seguimiento de reacciones adversas a medicamentos.

XIII. Medidas preventivas o acciones adoptadas por la unidad ejecutora:

El paciente se encuentra en un área de aislamiento para su manejo con equipo de protección personal, dado que presenta heridas cutáneas expuestas, con el fin de prevenir infecciones.

XIV. Observaciones:

Paciente referido de otra unidad por presentar una reacción adversa al Alopurinol y, aunque presenta secuelas de dicha reacción, se encuentra en tratamiento para su manejo. Hasta el momento, no ha presentado reacciones adversas a otros medicamentos, por lo que continuamos con la farmacovigilancia.

Miguel C. Amador
Farmacéutico

**Coordinador del Comité de FT
Unidad Ejecutora**

Mgter. Carmelo O. Mazzitelli
Farmacéutico

*** Jefe de Farmacia A.A.M.
Unidad Ejecutora**

Dr. Guillermo A. Bailey M.
Director Médico
CSS - Ciudad de la...

**P/C Director Médico
Unidad Ejecutora**

*Solo firma en caso de medicamentos custodiados por Farmacia.

Este documento deberá ser remitido al Centro Institucional de Farmacovigilancia en un período no mayor a 15 días.





Nota de Admisión a Medicina Interna

Fecha: 08/06/25

Nombre: Sixto Polanco	Cédula: 4-715-103	Edad: 46 años	Sexo: M
Ocupación:			
Dirección: Las Cumbres			
Informante: Hermana		Credibilidad: Regular	

Historia de la Enfermedad Actual

Paciente con cuadro clínico de 7 días de evolución caracterizado por edema de ambos labios asociado a máculas eritematosas purpúricas no pruriginosas inicialmente en cara que se fueron extendiendo progresivamente en sentido cefalo caudal, algunas con transformación en lesiones ampollas confluyentes muy dolorosas asociadas a desprendimiento de la piel y edema palpebral. Hermana refiere que hace 25 días en control de salud le recetaron alopurinol 1 tab cada día por hallazgos en lab de ac urico elevado y que desde el domingo 1/6/25 han estado manejando en casa con acetaminofen y virogrip por fiebre y aparentes síntomas respiratorios (tos seca y congestión nasal). El día jueves evaluado en urgencias sin embargo es manejado con antihistaminicos sin mejoría, por lo que es llevado a CDRAAM, debido a que paciente amerita vigilancia estrecha en Semi UCI y no haber disponibilidad de cama en dicho hospital, es trasladado a nuestra institución.

Antecedentes Personales Patológicos

Enfermedad	Desde
Síndrome de Down	
Hipotiroidismo	
Valvulopatías cardiacas (insuficiencia aórtica moderada e insuficiencia mitral leve)	2021
ERC III	Hace 3 años
HTA por historia	Hace 5 años

Medicamentos

Fármaco	Concentración	Vía	Frecuencia
Bisoprolol	1/2 tab de 5mg	VO	c/d
Perindopril	5mg	VO	c/d
levotiroxina	100 mcg	VO	c/d

Hábitos tóxicos	Alcohol: negado Drogas: Negadas Tabaco: negado	Fumador pasivo: Niega Exposición a biomasa: Niega COMBE: 0
Alergias	AINES	
Antecedentes quirúrgicos	Reparación de catarata en ojo izquierdo 2021	

(CONTINUA AL REVERSO)

NOMBRE DEL PACIENTE

SEGURO SOCIAL No.

CAMA No.

SERVICIO

Abdominal	+		Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, B/D, no distendido, no doloroso RHA+. Lesiones cutáneas tipo ampollas, iguales a las del tórax.
Genitourinario	-		No evaluado.
Extremidades		+	Simétricas, con lesiones tipo nódulos con costras y vesículas. Edema de 1+.
Neurológico	+		Glasgow 15/15, no alteraciones de fuerza muscular ni sensibilidad.
Piel y tegumentos	+		Sin alteraciones.

Laboratorios: Leu: 2740 Hb: 14.6 plaquetas: 135 mil Cr: 2.00 K: 5.5 Na: 136

Rx de tórax AP: bien inspirada, bien penetrada, no infiltrados, no efusión pleural. Sin lesiones óseas o de tejidos blandos. Impresiona cardiomegalia.

EKG: rítmico, sinusal, FC: 60, eje cardíaco no desviado. Sin alteraciones del qt, qrs o segmento st.

Análisis:

Se trata de un paciente con lesiones cutáneas, edema de mucosas, conjuntivitis, concordantes con necrólisis epidérmica tóxica, atribuyendo como principal causante la ingesta de fármaco; en su caso el alopurinol; el cual tenía indicado y estaba tomando desde hace 24 días. Se han descrito casos con aparición de lesiones típicas hasta 30 días después del consumo, por lo cual mantenemos como consideración principal. Se sospecha NET pues lesiones abarcan >30 % de superficie corporal, signo de Nikolsky positivo; desprendimiento de lesiones en región palpebral; además de que erupciones cutáneas estuvieron precedidas por síntomas sistémicos como fiebre, malestar general, conjuntivitis. Fue evaluado por oftalmología en cuarto de urgencias; con recomendaciones de gotas oftálmicas y limpieza de secreciones cada día.

En estos momentos paciente se encuentra hemodinámicamente estable, será admitido para vigilancia estrecha, inicio de tratamiento antibiótico profiláctico (en estos momentos sin foco infeccioso ni leucocitosis); inicio de tratamiento con metilprednisolona por 5 días e inicio de inmunoglobulinas. Se gestiona traslado a sala de aislamiento en unidad de semi intensivos, sin embargo, no contamos con camas disponibles en estos momentos, por lo cual se presenta caso a medicina interna en ciudad de la salud para traslado del paciente.

Según escala de SCARTEN que valora la mortalidad asociada a NET; paciente tiene 2 puntos positivos; lo que representa 12% de mortalidad.

Impresión Diagnóstica:

1. Necrólisis epidérmica tóxica SCARTEN 2 pts, 12% de mortalidad
 - 1.1 Sec a fármacos: alopurinol
2. Valvulopatía cardíaca
 - 2.1 Insuficiencia aórtica moderada
 - 2.2 Insuficiencia mitral leve

Procedimientos/Cirugías:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Especifique:
→ Cirugía ocular no especificada en 2021			

Hábitos tóxicos:	Sí	No	Especifique:
- Tabaquismo:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
- Alcoholismo:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
- Otras drogas:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

Antecedentes Heredofamiliares:	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Especifique:
→ Madre: Ca de endometrio			
→ Papá: Ca de cabeza y cuello			

Signos Vitales					
PA: 110/70	Fc: 89	Fr: 17	Temp: --	SatO2: 99% a.a	Glicemia: --
		Normal	Anormal	Especifique:	
Apariencia general			+	Mal estado general, lesiones cutáneas que abarcan >50% del peso corporal total. Alerta, consciente, orientado.	
Cabeza y cuello			+	Normocéfalo, no deformidades, no lesiones. Ojos con <u>inyección conjuntival</u> , <u>secreciones acuosas y mucosas que dificultan la apertura ocular</u> . <u>Escleras con inyección conjuntival</u> . Reflejos directo y consensual conservados.	
Cuello			+	Simétrico, sin ingurgitación yugular. No se palpan adenopatías ni masas.	
Tórax			+	A la inspección <u>tórax con lesiones tipo vesículas que confluyen y forman ampollas</u> , <u>simétrico</u> , sin deformidades. Adecuada amplexión y amplexación. No doloroso a la palpación. No tirajes ni retracciones, no uso de músculos accesorios.	
Cardiaco		+		RsCsRs, sin soplos ni galopes.	
Pulmonar		+		Ruidos pulmonares normales. No se auscultan crépitos ni sibilancias.	

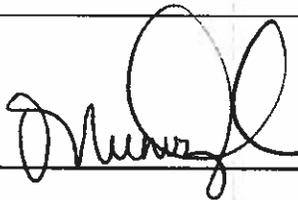
Impresión Diagnóstica

1. Necrosis epidérmica tóxica SCARTEN 2 con compromiso > 30%
- probable secundario a alopurinol
2. Síndrome de Down
3. Valvulopatía cardíaca por historia 2021
- Insuficiencia mitral leve e insuficiencia aórtica moderada
4. ERC III
5. Hipotiroidismo
6. HTA crónica

Plan

1. Admitir a SEMI UCI a cargo de Medicina Interna
2. Aplicar ODDENT en mucosa oral
3. Interconsulta a Dermatología, infectología y cirugía general
4. Precauciones de contacto

Médico: Dra. Olivia Núñez Firma:



Dra. Olivia K. Núñez
MR Medicina Interna
Reg. 12919

Sello:

(CONTINUA AL REVERSO)

NOMBRE DEL PACIENTE

SEGURO SOCIAL No.

CAMA No.

SERVICIO

Imp. CASERO

NOTAS DE LA CONDICION DEL PACIENTE
No. 8