



SUPERINTENDENCIA DE
REGULACIÓN SANITARIA

Informe de Seguimiento RAM Serias/ PRM

Macroproceso Nombre Macroproceso

Proceso Nombre Proceso

Subproceso Nombre Subproceso

Numero de notificación NCA94262

Fecha de Informe

16/6/25

DATOS RELACIONADOS AL EVENTO

Fecha de inicio de evento:	Fecha de aplicación de vacuna:			
Tipo de evento	RAM ☒	Falla terapéutica ☐	Error de medicación ☐	Falsificado/ fraudulento ☐
	Uso Off-label ☐	Exposición ☐		
Nombre del establecimiento/institución que reportó el evento:	<u>UNIDAD MÉDICA ILOPANGO</u>			
Cuando aplique detallar la siguiente información:				
Establecimiento/institución de la que se refirió el paciente por causa del evento:	<u>N/A</u>			
Establecimiento/institución a la que se refiere posterior al evento:	<u>N/A</u>			

I. INFORMACIÓN RELACIONADA AL PACIENTE

Nombre/Iniciales del paciente:	<u>IAO</u>											
Número de expediente clínico:	<u>384650753</u>											
Sexo:	M ☐	F ☒	Edad:	<u>60</u>	Meses	☐	Años	Peso(kg):	<u>62.00</u>	Talla (cm):	<u>166.00</u>	
Enfermedades Concomitantes (según CIE10)								Fecha desde que fue diagnosticado				
1)	<u>E-119 Diabetes Mellit no insulino dependiente</u>								<u>12 de Marzo 2025</u>			
2)												
3)												
4)												
5)												
Hábitos:	Alcohol ☐	Tabaquista ☐	Uso de drogas (¿Cuáles?)									
Alergias (describa el tipo): <u>NO alergias</u>												
Exámenes de laboratorio (colocar resultados o adjuntar copias):												
<u>Se adjuntan copias</u>												

II. INFORMACIÓN RELACIONADA AL MEDICAMENTO SOSPECHOSO

a) Medicamento sospechoso (nombre genérico, comercial y concentración/De ser posible enviar fotografía del medicamento):	<u>RIFAMPICINA + ISONIAZIDA</u>	
b) Numero de lote:	<u>A310834</u>	
c) Fecha de Vencimiento:	<u>30/11/2026</u>	
d) Número de registro sanitario:		
e) Laboratorio Fabricante:	<u>LUPIN LTD</u>	
f) Motivo de prescripción (si el medicamento fue automedicado especificar):	<u>Tuberculosis Pulmonar</u>	
g) Diagnósticos principales (es)	<u>Tuberculosis Pulmonar</u>	
h) Dosis y posología (unidad/concentración y frecuencia):		
i) Vía de administración:	<u>ORAL</u>	
j) Fecha de inicio de administración del medicamento:	<u>25/04/2025</u>	



SUPERINTENDENCIA DE
REGULACIÓN SANITARIA

Informe de Seguimiento RAM Serias/ PRM

Macroproceso Nombre Macroproceso

Proceso Nombre Proceso

Subproceso Nombre Subproceso

k) Fecha de finalización de administración del medicamento
(si continúa utilizándose colocar continúa):

08/05/2025

l) Medidas adoptadas ante la RAM

1. Reducción de la dosis ☐
2. Aumento de la dosis ☐
3. Se suspendió el medicamento ☒
4. No hubo modificación de la dosis ☐

Otras (especificar):

Por ejemplo: especificar si se cambió de medicamento, cambio de marca

m) Efecto de las medidas tomadas

1. Fármaco Retirado/RAM Mejora ☒
2. Fármaco Retirado/RAM No mejora ☐
3. Fármaco No Retirado y RAM No Mejora ☐
4. Fármaco No Retirado y RAM Mejora ☐
5. RAM Mejora Por Tolerancia ☐
6. RAM Mejora Sin Retirada, Debido al Tratamiento ☐

Otros: ☐

n) Condiciones e Almacenamiento:

1. ¿Hay condiciones especiales de temperatura y humedad descritas en la etiqueta? Si ☐ No ☒
2. ¿Cuál es la temperatura recomendada según laboratorio fabricante del medicamento?

(si es posible adjuntar evidencia: prospecto, etiqueta, caja, u otro)

3. El medicamento es fotosensible Si ☐ No ☒
4. Temperatura y humedad en el lugar de Almacenamiento:
- | | | | |
|----------|------------------|----------------|-------------|
| Farmacia | Temperatura(°C): | Humedad (%HR): | Comentario: |
| almacén | Temperatura(°C): | Humedad (%HR): | Comentario: |
| Otro/s | Temperatura(°C): | Humedad (%HR): | Comentario: |

o) Certificado de control de calidad (adjuntar): Si ☐ No ☒

p) Cantidad del medicamento sospechoso en existencia (local /institucional cuando aplique):

q) Cantidad total del lote sospechoso recibido en el establecimiento:

r) Número de pacientes que han utilizado el lote sospechoso dentro del establecimiento o la institución:

III. INFORMACIÓN RELACIONADA A MEDICAMENTO/S CONCOMITANTES:

Datos	Concomitante 1	Concomitante 2	Concomitante 3
Nombre de Medicamento	METFORMINA		
Lote y Fecha de vencimiento:	AL031C24 28/02/2027		
Motivo de prescripción:	Diabetes Mellitus		
Dosis y posología:	850mg CADA DÍA		
Vía de administración:	ORAL		
Medidas tomadas:	NO MODIFICADA		
Fecha de inicio de la administración:	12-03-2025		
Fecha de finalización de la administración:	CONTINUA		

Nota: Si son más de tres los medicamentos concomitantes colocar información en una página adicional.



SUPERINTENDENCIA DE
REGULACIÓN SANITARIA

Informe de Seguimiento RAM Serias/ PRM

Macroproceso Nombre Macroproceso

Proceso Nombre Proceso

Subproceso Nombre Subproceso

IV. INFORMACIÓN RELACIONADA A LA RAM:

a) Presentación y evolución de la RAM:

Describe de forma detallada y cronológicamente todo lo que ocurrió con el paciente y cualquier dato presente o ausente que contribuya al análisis de causalidad de la RAM.

Se pasa a paciente a fase II el 25-04-25 por tener baciloscopias de Ziegler negativas, ese día se prescribe examen de Ziegler inicial con 4 tubos de combinado de 2 drogas a la siguiente semana a cambio 8-05-25 repartir con AST1020 ALI 633 BTZ-8, se suspende tratamiento, se notifica Dr. Alvaro de la nueva exigencia de prueba, ultra inicial ALI 44 y AST 61

Nota: si la descripción es muy amplia, anexar información en una página adicional.

Para el caso de los Errores de Medicación describa dónde

En la prescripción ☐ En la dispensación ☐ ocurrió:

En la administración ☒

Describe el evento del error de medicación:

N/A

Adicionalmente detalle:

1. ¿Hubo reexposición del paciente al fármaco sospechoso?:

Si ☐

No ☒

Describe el efecto de la reexposición:

(describir si la reexposición fue con la marca sospechosa o fue con otra marca)

2. ¿La RAM ocurrió por la retirada del fármaco o por el cambio marca?

Si ☐

No ☒

Detalle:

b) Estado actual del paciente según desenlace de la RAM: Seleccionar:

- 1- Desconocido ☐
2- Recuperado/Resuelto ☐
3- En recuperación/En resolución ☒
4- No Recuperado/No Resuelto ☐
5- Recuperado/Resuelto Con Secuelas ☐
6- Mortal ☐

c) Según el conocimiento previo de la RAM (en el paciente/grupo de pacientes): Seleccionar

- 1- ¿El paciente ya había presentado la RAM con el medicamento sospechoso? Si ☐ No ☐ No sé ☒
2- ¿El paciente ya había presentado la RAM con otros medicamentos? Si ☐ No ☐ No sé ☒
3- ¿Otros pacientes han presentado la RAM con el medicamento sospechoso? Si ☐ No ☐ No sé ☒

V. OBSERVACIONES:

Detallar si hubo discusión del evento presentado, por:

a) Comité de farmacovigilancia o farmacoterapéutico

Si ☐

No ☒

b) Otros (especificar)

(Adjuntar evidencia)

Se realizó auditoría médica/autopsia:

Si ☐

No ☒

Adjuntar acta, informe o resultado, según aplique



SUPERINTENDENCIA DE
REGULACIÓN SANITARIA

Informe de Seguimiento RAM Serias/ PRM

Macroproceso Nombre Macroproceso

Proceso Nombre Proceso

Subproceso Nombre Subproceso

VI. CONCLUSIONES

- 1.
- 2.
- 3.

VII. ACTIVIDADES DE MINIMIZACIÓN (SI SE REALIZÓ O REALIZARAN MEDIDAS INTERNAS O INSTITUCIONALES):

1. Suspensión de tratamiento + indicación de exámenes
2. Notificar a la clínica de resistencias con Dr. Alfaro
3. Notificar al coordinador de programa ISSI TB Dr. Yudis

VIII. RECOMENDACIONES:

1. Continuar en tratamiento prescrito por Dr. Alfaro
2. Dejar examen de control lo que resta el tratamiento
- 3.

Responsable/s del informe:

Firma y sello de médico que notificó la RAM:



Cargo:

Médico General encargado de programa de tuberculosis.

Firma y sello del Referente de Farmacovigilancia:

Teléfono de contacto:

Correo electrónico:



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA ILOPANGO
LABORATORIO CLINICO

Nombre del paciente: OLIVARES , ISRAEL ANTONIO
Número de afiliación: 384650753
Sexo: MASCULINO
Fecha de nacimiento: 02/03/1965
Edad: 60 Años
Origen: UNIDAD MEDICA ILOPANGO
Servicio: CONSULTA EXTERNA
Especialidad: PROGRAMA TUBERCULOSIS
Médico referente: 18494 -GALVEZ MENDOZA, LORENA

Número de entrada: 112

Solicitud/Petición:

Fecha y hora de 27/02/2025 06:52:14

Usuario KARLA PATRICIA GONZÁLEZ DURÁN

QUIMICA SANGUINEA

FECHA RESULTADO: 27/02/2025 08:59:28

VALIDÓ: M1972

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	COMENTARIO
ACIDO URICO	7.3	mg / dl	3.4-7.0	
CREATININA	0.74	mg / dl	0.70-1.20	
TASA DE FILTRADO GLOMERUL	100.96	mL/min/1.73	90.00-120.00	
COLESTEROL DE ALTA DENSID.	29.1	mg / dl	35.0-55.0	
COLESTEROL DE BAJA DENSID	62.7	mg / dl	75.0-160.0	
TRIGLICERIDOS	65.9	mg / dl	0.0-200.0	
SODIO	131.2	mEq/L	136.0-145.0	
ASPARTATO AMINO TRANSFER	27.3	U/L	0.0-42.0	
ALANINO AMINO TRANSFERAS.	18.3	U/L	10.0-40.0	
GLUCOSA	139	mg / dl	74.0-106.0	
COLESTEROL	103	mg / dl	0.0-200.0	



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICÁ ILOPANGO
LABORATORIO CLINICO

Nombre del paciente: OLIVARES , ISRAEL ANTONIO
Número de afiliación: 384650753
Sexo: MASCULINO
Fecha de nacimiento: 02/03/1965
Edad: 60 Años
Origen: UNIDAD MEDICA ILOPANGO
Servicio: CONSULTA EXTERNA
Especialidad: PROGRAMA TUBERCULOSIS
Médico referente: 18494 -GALVEZ MENDOZA, LORENA

Número de entrada: 112

Solicitud/Petición:

Fecha y hora de 27/02/2025 06:52:14

Usuario KARLA PATRICIA GONZÁLEZ DURÁN

HEMATOLOGIA Y COAGULACION

FECHA RESULTADO: 27/2//025

VALIDÓ: S2345

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	COMENTARIO
HEMOGRAMA				
GLOBULOS BLANCOS			LINEA BLANCA	
GLOBULOS BLANCOS	* 12.00	10e3/mm3	5-10	
NEUTROFILOS %	* 77.3	%	40-70	
LINFOCITOS%	* 9.4	%	20-45	
MONOCITOS%	* 11.0	%	0-8	
EOSINOFILOS%	1.8	%	0-6	
BASOFILOS%	0.5	%	0-2	
NEUTROFILOS #	* 9.28	10e3/ μ L	2-8	
LINFOCITOS #	1.13	10e3/ μ L	1-5	
MONOCITOS #	* 1.32	10e3/ μ L	0-1	
EOSINOFILOS #	0.21	10e3/ μ L	0-0.4	
BASOFILOS #	0.06	10e3/ μ L	0-0.4	
GRANULOCITOS INMADUROS #	0.06	10e3/ μ L	0-0	
GRANULOCITOS INMADUROS %	0.5	%	0-0	
GLOBULOS ROJOS			LINEA ROJA	
GLOBULOS ROJOS	4.46	10e3/mm3	3.7-5.5	
HEMOGLOBINA	13.0	g/dL	12-17	
HEMATOCRITO	37.8	%	37-50	
VCM	84.8	fL	82-92	
HCM	29.1	pg	27-33	
CHCM	34.4	g/dL	31.5-35.5	
IDE	13.3	%	11.5-14.5	
RDW-SD	41.5	fL	37-54	
ERITROBLASTOS%	0.0	%	0-0	
ERITROBLASTOS#	0.00	10 ³ UL	0-0	
PLAQUETAS			LINEA PLAQUETARIA	
VMP	8.5	fL	8-12.4	
PLAQUETAS	296	10e3/ μ L	150-450	



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA ILOPANGO
LABORATORIO CLINICO

Nombre del paciente: OLIVARES , ISRAEL ANTONIO
Número de afiliación: 384650753
Sexo: MASCULINO
Fecha de nacimiento: 02/03/1965
Edad: 60 Años
Origen: UNIDAD MEDICA ILOPANGO
Servicio: CONSULTA EXTERNA
Especialidad: PROGRAMA TUBERCULOSIS
Médico referente: 18494 -GALVEZ MENDOZA, LORENA

Número de entrada: 112

Solicitud/Petición:

Fecha y hora de 27/02/2025 06:52:14

Usuario KARLA PATRICIA GONZÁLEZ DURÁN

OTROS

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	COMENTARIO
--------	-----------	----------	-----------------------	------------

PRUEBA RAPIDA DE VIH	NO REACTIVO A LA FECHA
----------------------	---------------------------

(*) Fuera de rango de referencia

No constituye un reporte oficial sin firma y N° de JVPLC

Fecha y Hora de Impresión: 16/06/2025 11:35:03 a.m.

Tipo de Impresión: COPIA

Firma del responsable _____

"Con una visión mas humana al servicio integral de su sal



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA ILOPANGO
LABORATORIO CLINICO

Nombre del paciente: OLIVARES , ISRAEL ANTONIO
Número de afiliación: 384650753
Sexo: MASCULINO
Fecha de nacimiento: 02/03/1965
Edad: 60 Años
Origen: UNIDAD MEDICA ILOPANGO
Servicio: CONSULTA EXTERNA
Especialidad: PROGRAMA TUBERCULOSIS
Médico referente: 18494 -GALVEZ MENDOZA, LORENA

Número de entrada: 16

Solicitud/Petición:

Fecha y hora de 22/04/2025 06:50:57

Usuario CLAUDIA MELISSA PINEDA BRACAMONTE

QUIMICA SANGUINEA

FECHA RESULTADO: 22/04/2025 08:29:11

VALIDÓ: M5375

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	COMENTARIO
% DE HEMOGLOBINA GLICOCIL	5		4.80-5.90	
GLUCOSA	129	mg / dl	74.0-106.0	

OTROS

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	COMENTARIO
--------	-----------	----------	-----------------------	------------

(*) Fuera de rango de referencia

No constituye un reporte oficial sin firma y N° de JVPLC

Fecha y Hora de Impresión: 16/06/2025 11:36:00 a.m.

Tipo de Impresión: COPIA

Firma del responsable _____

"Con una visión mas humana al servicio integral de su sal



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA ILOPANGO
LABORATORIO CLINICO

Nombre del paciente: OLIVARES , ISRAEL ANTONIO
Número de afiliación: 384650753
Sexo: MASCULINO
Fecha de nacimiento: 02/03/1965
Edad: 60 Años
Origen: UNIDAD MEDICA ILOPANGO
Servicio: CONSULTA EXTERNA
Especialidad: PROGRAMA TUBERCULOSIS
Médico referente: 18494 -GALVEZ MENDOZA, LORENA

Número de entrada: 65

Solicitud/Petición:

Fecha y hora de 04/06/2025 06:15:45

Usuario KATIA ELIZABETH PORTILLO QUINTANILLA

QUIMICA SANGUINEA

FECHA RESULTADO: 04/06/2025 08:29:03

VALIDÓ: M6972

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	COMENTARIO
CREATININA	0.58	mg / dl	0.70-1.20	
TASA DE FILTRADO GLOMERUL	110.5	mL/min/1.73	90.00-120.00	
ASPARTATO AMINO TRANSFER	61.5	U/L	0.0-42.0	
ALANINO AMINO TRANSFERAS.	44.1	U/L	10.0-40.0	
BILIRRUBINA TOTAL	1.58	mg / dl	0.20-1.20	
BILIRRUBINA DIRECTA	1.31	mg / dl	0.00-0.40	
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.27	mg / dl	0.20-0.80	

OTROS

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	COMENTARIO
--------	-----------	----------	-----------------------	------------

(*) Fuera de rango de referencia

No constituye un reporte oficial sin firma y N° de JVPLC

Fecha y Hora de Impresión: 16/06/2025 11:36:45 a.m.

Tipo de Impresión: COPIA

Firma del responsable _____

"Con una visión mas humana al servicio integral de su sal



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA ILOPANGO
LABORATORIO CLINICO

Nombre del paciente: OLIVARES , ISRAEL ANTONIO
Número de afiliación: 384650753
Sexo: MASCULINO
Fecha de nacimiento: 02/03/1965
Edad: 60 Años
Origen: UNIDAD MEDICA ILOPANGO
Servicio: CONSULTA EXTERNA
Especialidad: PROGRAMA TUBERCULOSIS
Médico referente: 18494 -GALVEZ MENDOZA, LORENA

Número de entrada: 58
Solicitud/Petición:
Fecha y hora de 06/05/2025 06:11:44
Usuario HUMBERTO ALFONSO QUINTANILLA VALLI

QUIMICA SANGUINEA FECHA RESULTADO: 06/05/2025 08:26:59 VALIDÓ: S2345

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	COMENTARIO
ACIDO URICO	5.2	mg / dl	3.4-7.0	
CREATININA	0.53	mg / dl	0.70-1.20	
SODIO	134.8	mEq/L	136.0-145.0	
ASPARTATO AMINO TRANSFER	1020	U/L	0.0-42.0	
ALANINO AMINO TRANSFERAS.	633	U/L	10.0-40.0	
BILIRRUBINA DIRECTA	7.09	mg / dl	0.00-0.40	
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.8	mg / dl	0.20-0.80	
BILIRRUBINA TOTAL	7.89	mg / dl	0.20-1.20	
GLUCOSA	104	mg / dl	74.0-106.0	
% DE HEMOGLOBINA GLICOCIL	5.25		4.80-5.90	

OTROS

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	COMENTARIO
--------	-----------	----------	-----------------------	------------

(*) Fuera de rango de referencia

No constituye un reporte oficial sin firma y N° de JVPLC

Fecha y Hora de Impresión: 16/06/2025 11:36:29 a.m.

Tipo de Impresión: COPIA

Firma del responsable _____

"Con una visión mas humana al servicio integral de su sal