



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
Enfermedades Concomitantes (según CIE10)		Peso(kg):	<u>62.00</u>
		Talla (cm):	<u>166.00</u>
		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?) <u>Ninguno</u>
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) Número 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):	<u>4 tabletas de combinado de 2 drogas</u>
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 baciloscopio de Ziehl-Neelsen negativo, etc. día se prescribe examen de Ziehl-Neelsen con 4 tubos de combinado de Ziehl-Neelsen a la ligera con 4 cubetas 8-05-25 repata con AST1020 ALI 633 BT7-B; se suspende tratamiento, se reanuda, Dr. Alvaro de la Cruz ordena de nuevo con 4 cubetas ALI 633 BT7-B y AST1020.

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

Para el caso de los Errores de Medicación describe 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. Alvaro
3. Notificar al coordinador de programa ISSS TBS Dr. Yodis

VIII. RECOMENDACIONES:

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

Responsable/s del informe:

Firma y sello de médico que notificó la RAM:

Dra. Lorena Maricela Gálvez Mendoza
DOCTORA EN MEDICINA
J.V.P.M. No. 18494

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 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

HEMATOLOGÍA 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
Antes				

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

Control de
glucosa postprandial
a diagnóstico

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: 58

Solicitud/Petición:

Fecha y hora de 06/05/2025 06:11:44

Usuario HUMBERTO ALFONSO QUINTANILLA VALLI

Durante

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



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

Después

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 SAN JACINTO
PROGRAMA TUBERCULOSIS (CONSULTA EXTERNA)
HOJA SUBSECUENTE

DATOS DEL PACIENTE	No. Historia: 29095327	Fecha: 22/05/2025 13:12:22	No. Atención: 1128
Nombre: OLIVARES ISRAEL ANTONIO	Tipo Afi.: PENSIONADO	Tel.: 22900350	Sexo: MASCULINO
No. Afiliación: 384650753			No. Consulta: 19977564
DUI: 007012765			
Estado Civil: SOLTERO(A)	Edad: 60 años	Últ. Fecha Consulta:	
Peso (Kg): 61.7	Talla (cm): 176	IMC (Kg/m2): 19.91	
Dirección:	Munic.: ILOPANGO	Dept.: SAN SALVADOR	
COL ST CLARA CA PPL N 89			

ANTECEDENTES

EXAMEN FÍSICO

Fecha	FC	FR	Temp (°)	Peso	Talla	Tension Sistólica	Tension Diastólica	HGT	Peri Cef
22/05/2025	105	0	36.6	61.7	176	120	81	0	
				KILOGRAMOS	CENTIMETROS				

Evolución:

PACIENTE EN TAES EN UM ILOPANGO DESDE EL 26/FEB/25 POR TB PULMONAR CASO NUEVO, PRESENTO HEPATITIS MEDICAMENTOSA EN DOSIS 62 (12 DE SEGUNDA FASE) POR LO QUE SE HA SUSPENDIDO TRATAMIENTO, ASINTOMATICO, EXAMENES DE CONTROL ALT= 255; AST= 232, BBT2.68
EF= PX CONSCIENTE Y ORIENTADO CONJUNTIVAS OCULARES ICTERICAS 1+/-4+, PULMONES OK

DIAGNÓSTICO SEGÚN CIE-10:

Código	Descripción	Tipo	1a Vez	Ppal
K716	ENFERMEDAD TOXICA DEL HIGADO CON HEPATITIS NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	DEFINITIVO	SI	SI

PLAN DIAGNÓSTICO / TERAPÉUTICO, OBSERVACIONES Y SEGUIMIENTO:

1. TAES SUSPENDIDO POR 2 SEMANAS MAS
2. REINICIAR TAES EL 5 DE JUNIO : ISONIAZIDA 300 MG UNA X DIA MAS MOXIFLOXACINO 400 MG UNA X DIA (CONTINUARA EN DOSIS 63)
3. CITA EN UN MES CON EXAMENES= TGO - TGP, BILIRRUBINAS TOMDOS EN UM DE ILOPANGO
4. LLENAR HOJAS RAM X MEDICO ENCARGADO DE TB DE UM ILOPANGO

Riesgo: ENFERMEDAD COMUN

Primera Vez SI

Hoja Censada SI

Destino CITA

Hoja Cerrada SI

Próxima Cita:

CITA:607; FECHA:26/06/2025; HORA:01:30 PM

Nombre del Médico
ALFARO ASCENCIO HENRY VLADIMIR

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA SAN JACINTO
PROGRAMA TUBERCULOSIS (CONSULTA EXTERNA)
HOJA SUBSECUENTE

DATOS DEL PACIENTE	No. Historia: 30404118	Fecha: 26/06/2025 14:20:11	No. Atención: 607
Nombre: OLIVARES ISRAEL ANTONIO	Tipo Afi.: PENSIONADO	Tel.: 22900350	Sexo: MASCULINO
No. Afiliación: 384650753		No. Consulta: 20705836	
DUI: 007012765			
Estado Civil: SOLTERO(A)	Edad: 60 años	Últ. Fecha Consulta:	
Peso (Kg):	Talla (cm): 176	IMC (Kg/m2):	
Dirección:	Munic.: ILOPANGO	Dept.: SAN SALVADOR	
COL ST CLARA CA PPL N 89			

ANTECEDENTES

EXAMEN FÍSICO

Fecha	FC	FR	Temp (°)	Peso	Talla	Tension Sistólica	Tension Diastólica	HGT	Perim Cefa
26/06/2025	96	0	36.6	0 KILOGRAMOS	176 CENTIMETROS	98	60	0	0

Evolución:

PACIENTE EN TAES EN UM ILOPANGO DESDE EL 26/FEB/25 POR TB PULMONAR CASO NUEVO, PRESENTO HEPATITIS MEDICAMENTOSA EN DOSIS 62 (12 DE SEGUNDA FASE) POR LO QUE SE MODIFICO TRATAMIENTO CON BUENA EVOLUCION CLINICA. AL MOMENTO 80 DOSIS DE TRATAMIENTO.
EXAMENES DE CONTROL ALT= 44; AST= 61.5, BBT=1.58, CR= 0.58
EF= PX CONSCIENTE Y ORIENTADO CONJUNTIVAS OCULARES NORMALES, PULMONES OK

DIAGNÓSTICO SEGÚN CIE-10:

Código	Descripción	Tipo	1a Vez	Ppal
A150	TUBERCULOSIS DEL PULMON, CONFIRMADA POR HALLAZGO MICROSCÓPICO DEL BACILO TUBERCULOSO EN ESPUTO, CON O SIN CULTIVO	DEFINITIVO	NO	SI
K716	ENFERMEDAD TOXICA DEL HIGADO CON HEPATITIS NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	DEFINITIVO	SI	NO

PLAN DIAGNÓSTICO / TERAPÉUTICO, OBSERVACIONES Y SEGUIMIENTO:

COMPLETAR 150 DOSIS DE TAES:

- -ISONIAZIDA 300 MG UNA X DIA
- -MOXIFLOXACINO 400 MG UNA X DIA
- BK DE CONTROL 4 MES Y FINAL DE TAES
- ALTA DE CLINICA DE RESISTENCIAS TB DR

Riesgo: ENFERMEDAD COMUN

Primera Vez NO

Hoja Censada SI

Destino CITA

Hoja Cerrada SI

Nombre del Médico
ALFARO ASCENCIO HENRY VLADIMIR