



SUPERINTENDENCIA DE
REGULACIÓN SANITARIA

Formulario De Notificación De RAM-PRM

Macroproceso Nombre Macroproceso

Proceso Nombre Proceso

Subproceso Nombre Subproceso

ISSS

Consultorio de
Especialidades
SERVICIO DE
REUMATOLOGÍA

I. REPORTE DEL EVENTO

Número/identificación del reporte local:

Número de reporte de la SRS:

Título del reporte (*):	Falla terapéutica				Fecha de notificación:	19/NOV/2024			
Forma que detecta el caso:	Notificación espontánea ☒	Búsqueda activa ☐	Rumor ☐	Noticia ☐	Comentario ☐	Estudio ☐	Otro (Explique): ☐		
Tipo de evento:	RAM ☐	Falla terapéutica ☒	Error de medicación ☐	Falsificado/ Fraudulento ☐	Uso off-label ☐	Interacción ☐	Intoxicación ☐	Exposición ☐	
	Embarazada: Si ☐	No ☒	Lactando: Si ☐	No ☒					
	Semanas de gestación:				Edad del lactante:				
Grave (serio):	Si ☐	No ☒							
Razón de gravedad:	Hospitalización / o su Prolongación ☐		Amenaza la vida ☐		Anomalía Congénita o muerte fetal ☐				
	Muerte ☐		Sospecha de aborto ☐		Discapacidad ☐				
	Incapacidad persistente o significativa ☐		Otra condición médica importante ☐						

II. NOTIFICADOR

Nombre completo:	SUSY Marcela Sánchez de Rivas	Profesión:	Médico
Correo electrónico (*):	susymarces@gmail.com	Especialidad Médica:	Reumatología
Nombre del Establecimiento	Consultorio de Especialidades	Teléfono (*):	2591-4580

III. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y Apellido o iniciales (*):	SMEG	Re	Sexo:	M ☐	F ☒
Número de Expediente clínico/DUI:	199650546	Edad	59	Peso (Kg):	51.8
Embarazo: si ☐	No ☒	Semana de embarazo:	Talla (cm): 154		
Departamento, municipio y distrito de residencia: San Salvador, Soyapango					

HISTORIA CLÍNICA

Fecha de detección/consulta:	Día 19	Mes 11	Año 2024	Diagnóstico del evento:	19/NOV/2024 Falla terapéutica.					
Paciente fue hospitalizado:	Si ☐	No ☒	Fecha de ingreso:	Día	Mes	Año	Fecha de alta:	Día	Mes	Año
Indicación de uso del medicamento:	artitis reumatoide					Prescrito: ☒	Automedicado: ☐	Otro: ☐		
Antecedentes Clínicos relevantes:	artitis reumatoide desde el 2009, con 3 Farmacos modificadores de la enfermedad									
Exámenes de Laboratorio:	PCR: 1.7 eritrosedimentación: 25. Ultra manos: Doppler III carpo derecho									
Reacciones Adversas/Problema relacionado a medicamento (*)	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Acción tomada ante la reacción							
Falla terapéutica	27/05/2022	19/11/2024	Medicamento retirado ☒	Dosis aumentada ☐						
			Dosis reducida ☐	Dosis no modificada ☐						
			Cambio de marca ☐	Observación/seguimiento ☐						
Resultado del manejo de la reacción:			Recuperado sin secuelas ☐	Recuperado con secuelas ☐		No recuperado ☐				
			En proceso de recuperación ☐	Fallecido ☐		Se desconoce ☐				

¿Desapareció la reacción adversa al suprimir el medicamento sospechoso?

Si ☐ No ☐ No se sabe ☐

¿Reapareció la reacción al reiniciar el medicamento sospechoso?

Si ☐ No ☐ No se sabe ☐

¿Antecedente de reacción adversa con el medicamento sospechoso u otro del mismo grupo terapéutico?

Si ☐ No ☐ No se sabe ☐

IV. MEDICAMENTO

Nombre del Medicamento Sospechoso	Dosis en unidades por intervalo	Vía de Administración	Fecha de inicio	Fecha de finalización
Adalimumab	40mg c/2semanas	Subcutáneo	27/05/2022	19/11/2024
Medicamentos Concomitantes				
Metotrexato	20mg/1semana	oral	02/03/2009	continua
Sulfasalazina	1gr c/8hr	oral	01/11/2019	continua

OTROS DATOS DEL MEDICAMENTO SOSPECHOSO

Nombre genérico:	Adalimumab	Concentración:	40mg/0.4mL
Forma Farmacéutica:	Solución para inyección SC	Presentación:	3x10mL PRG CARBON.
Nombre Comercial:	Hyrimoz	Registro Sanitario:	BT00123082020.
Laboratorio Fabricante:	Sandoz, GmbH.	Vencimiento:	

Dr. Susy Marcela Sánchez Cubías
Médica Especialista en Medicina
J.V.P.M. No. 18921

Lote: NH6748

8200001