

 <b>FARMACOVIGILANCIA</b>	<b>FARMACOVIGILANCIA</b>	Código <b>FV-01-CNFV.HER02</b>
	<b>RECEPCIÓN Y REGISTRO DE INFORMACIÓN</b>	Versión No. 04
	<b>FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE RAM/PRM</b>	Página 1 de 1

**I. Reporte del evento**

Numero de reporte: \_\_\_\_\_

Título del reporte (*): <u>Reacción Adversa a Medicamento</u>	Fecha de notificación: _____
Forma que detecta el caso: Consulta espontánea <input checked="" type="checkbox"/> Búsqueda activa <input type="checkbox"/> Rumor <input type="checkbox"/> Noticia <input type="checkbox"/> Comentario <input type="checkbox"/> Reporte de estudio <input type="checkbox"/> Otro (explique): _____	
Tipo de evento: RAM <input checked="" type="checkbox"/> Falla terapéutica <input type="checkbox"/> Error de medicación <input type="checkbox"/> Falsificado/Fraudulento <input type="checkbox"/> Uso off-label <input type="checkbox"/> Exposición <input type="checkbox"/>	
Seriedad: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Razón de seriedad: Hospitalización <input type="checkbox"/> Amenaza de la vida <input type="checkbox"/> Anomalías Congénitas <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Incapacidad persistente o significativa <input type="checkbox"/> Otra condición médica importante (explique) <input type="checkbox"/> : <u>pariente</u>	
<u>Hipertensión que persiste por medicamento Antihipertensivo</u>	

**II. Notificador**

Nombre completo: <u>Yumara Desirée Hdez de Guevara</u>	Profesión: <u>Médico</u>
Correo electrónico (*): <u>Yomara.deguevara@iss-s.gob.sv</u>	Teléfono (*): <u>7740-5207</u>
Nombre del Establecimiento: <u>C.C. del Costa Rica</u>	<u>2270 0248</u>

**III. Información del Paciente**

Nombre y Apellido o iniciales (*): <u>Marta Candido de Sanchez</u>	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>
Número de Expediente clínico: <u>105430697</u> edad (años): <u>81</u>	Peso: <u>62</u> Kg. Talla: <u>1.62</u> cm
Departamento y municipio de residencia: <u>San Salvador</u>	Embarazo Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
	Semanas de embarazo: _____

**IV. Historia Clínica**

Fecha de detección/consulta: <u>5-6-25</u>			
Paciente fue hospitalizado: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Fecha de ingreso y fecha de alta: _____			
Indicación de uso del medicamento (diagnóstico): <u>Hipertensión Arterial</u>			
Antecedentes Clínicos relevantes: <u>pariente Melabolia: Diabetes Hipertensión y con Hepatopatía</u>			
Exámenes de Laboratorio: _____			
Reacciones Adversas/Problema relacionado a medicamento (*)	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Acción tomada ante la reacción:
<u>Alergia cutánea al cuerpo (prurito y adenopatía de la axila)</u>	<u>Abril 25</u>		Medicamento retirado <input checked="" type="checkbox"/> Dosis aumentada <input type="checkbox"/> Dosis reducida <input type="checkbox"/> Dosis no modificada <input type="checkbox"/> Observación/seguimiento <input type="checkbox"/> Tratamiento terapéutico <input type="checkbox"/>
Resultado del manejo de la reacción: Recuperado sin secuelas <input type="checkbox"/> Recuperado con secuelas <input type="checkbox"/> No recuperado <input type="checkbox"/> En proceso de recuperación <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/>			

 ¿Desapareció la reacción adversa al suprimir el medicamento sospechoso? Sí  No  No se sabe 

 ¿Reapareció la reacción al reiniciar el medicamento sospechoso? Sí  No  No se sabe 
**V. Medicamento**

Nombre del Medicamento Sospechoso	Dosis diaria	Vía de Administración	Fecha de inicio	Fecha de finalización
<u>Irbersartan 150mg</u>	<u>1 c/día</u>	<u>Vía oral</u>	<u>No sabe</u>	<u>5-6-25</u>
Medicamentos concomitantes:				
<u>Atorvastatin 10mg</u>	<u>1 c/día</u>	<u>Vía oral</u>	<u>No sabe</u>	<u>Continua</u>
<u>Insulina</u>	<u>2v/día</u>	<u>Vía SC</u>	<u>25</u>	<u>Continua</u>

**Otros datos del medicamento sospechoso**

Nombre Genérico: <u>Irbersartan</u>	Concentración: <u>150mg</u>
Forma Farmacéutica: <u>Tableta recubierta</u>	Presentación: <u>Paja x 100 tabletas</u>
Nombre Comercial: <u>Irbersartan</u>	Registro Sanitario: _____
Laboratorio Fabricante: <u>Pharmedic activa SA de CV</u>	Lote: <u>R4101</u> Vencimiento: <u>11/27</u>

  
 Dra. Yumara Desirée Hernández Cañas  
**DOCTORA EN MEDICINA**  
**J.V.P.M. No. 7954**

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL  
CLINICA COMUNAL COSTA RICA  
MEDICINA GENERAL (CONSULTA EXTERNA)  
**HISTORIA CLINICA GENERAL**

**DATOS DEL PACIENTE**      No. Historia: **29607797**      Fecha: **05/06/2025 08:02:25**      No. Atención: **53**

Nombre: **CANDIDO MARTA DE SANCHEZ**      Tel.: **73718955**      Sexo: **FEMENINO**  
 No. Afiliación: **165430697**      Tipo Afi.: **PENSIONADO**      No. Consulta: **20265525**  
 DUI: **011900734**  
 Estado Civil: **CASADO(A)**      Edad: **81 años**      Últ. Fecha Consulta:  
 Peso (Kg): **62**      Talla (cm): **152**      IMC (Kg/m2): **26.83**  
 Dirección:      Munic.: **SAN SALVADOR**      Dept.: **SAN SALVADOR**  
**AV GABRIEL ROSALES PJE B N57 RPTO LOS HEROES**

Consulta por:  
"ALERGIA"

Presenta Enfermedad:  
REFIERE QUE LE DA ALERGIA AL IRBESARTAN LE ESTA DANDO ALERGIA EN TODO EL CUERPO PERO CUANDO ELLA TOMA IBERCARD DICE QUE NO LE DA LA ALERGIA, PERO DESEA QUE SE LE DE IBERCARD. DESDE ABRIL SE SIENTE CON ESTA ALERGIA Y SINTE PICAZON EN TODA EL CUERPO, Y S ELE EDUERME LA LENGUA ADEMÁS DICE QUE SE LE ESTA BAJANDO LA PRESION EN SU CASA VALORES DE 102/52 Y LLEGO A MINIMA DE 47 Y SE PUSO DECAIDA, NO OTROS ISNTOMAS

**ANTECEDENTES**

**Otros Antecedentes**

HIPERLIPIDEMIA MIXTA  
 DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEPENDIENTE DE INSULINA DX 1998 HTA DX 2021  
 CATARATAS CONTROL CON OFTALMOLOGIA  
 DISMINUCION DE LA AUDICION SE ENVIO A OTORRINO, PERO NO FUE CONTROL CON NEUROCIURUGIA POR DISCOPATIA CERVICAL OPERADA NO 2 EN 2024 Y HERNIA DE DISCO OPERADA 2024  
 CONTROL CON OFTALMOLOGIA CATARATAS CIRUGIA DE OJO DERECHO, OPERADA EN 2025  
 ATEROMATOSIS CAROTIDEA, TX CON INPH 24 USC ANTES DEL DESAYUNO MAS  
 HTA TX CON IBERSARTAN 150GM 1 CADA DIA MAS Y ATORVASTATINA 20GM 1 CADA DIA EN ESTA CLINICA  
 GBP 300MG 1 CADA 12 HORAS MAS ACETAMINOFEN MAS CODEINA OCASIONAL,,

**EXAMEN FÍSICO**

Fecha	FC	FR	Temp (°)	Peso	Talla	Tension Sistólica	Tension Diastólica	HGT
05/06/2025	98	0	36.8	62 KILOGRAMOS	1.52 METROS	120	70	0

Hallazgo Examen Físico

NORMOCRANEO, OJOS PIRL  
 FN PERMEABLES, FARINGE NORMAL  
 TORAX CON BUENA EXPANSION COSTAL  
 PULMONES VENTILADOS NO RUIDOS ADVENTICIOS  
 CVRR NO SOPLOS NO FROTES  
 ABDOMEN PERISTALTISMO PRESENTE Y NORMAL, B Y D, NO DOLOROSO, NO MASAS NO VISCEROMEGALIAS.  
 EXTREMIDADES NORMOTROFICAS NORMOTONICAS, NO EDEMAS, NO LESIONES

**DIAGNÓSTICO SEGÚN CIE-10:**

Código	Descripción	Tipo	1a Vez	Ppal	C.E.
I10	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	DEFINITIVO	NO	SI	NO

PLAN DIAGNÓSTICO / TERAPÉUTICO, OBSERVACIONES Y SEGUIMIENTO:

SUSPENDER IBERSARTAN  
 SE AGREGA AMLODIPINA 5MG UNA TAB VIA ORAL CADA DIA

**PRESCRIPCIONES:**

AMLODIPINA 5 MG TABLETA Ó CAPSULA, UNA TAB VIA ORAL CAD DIA, Fecha Inicio: 05/06/2025, DEL DIA 1

**SOLICITUDES DIVERSAS:**

ENTREGA INDICACION Y/O CUMPLIMIENTO DE	MEDICAMENTO
--	-------------

Riesgo: ENFERMEDAD COMUN