

I. REPORTE DEL EVENTO

Título del reporte: Reacción Post-vacuna

Forma de detección del caso: Consulta ☐ Búsqueda activa ☐ Rumor ☐ Noticia ☐ Comentario ☐
 Reporte Estudio ☐ Otro ☐ Búsqueda pasiva ☐

Tipo de evento: ESAVI ☒ Ineficacia de vacuna ☐ Error programático ☐ Vacuna falsificada/fraudulenta ☐

Evento serio: Si ☒ No ☐

Razón de seriedad: Hospitalizado/prolongadamente ☐ Amenaza de vida ☐ Anomalías congénitas ☐
 Discapacidad ☐ Muerto ☐ Otra condición médica importante ☒

II. INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR

Nombre del notificador: Herson Kaleb Velásquez Ortiz Profesión: Médica

Teléfono: 722-5835 correo electrónico: herson88@gmail.com

Clasificación del notificador: Referente de farmacovigilancia ☐ Médico consultante ☒ Farmacéutico ☐ Otro ☐

Unidad Efectora: Emergencia

Nombre del establecimiento/institución: Hospital General ISSS

III. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

CACT, CARLOS Alberto Camillo Turcios
 Iniciales Nombres Apellidos
El Salvador, San Salvador San Salvador
 País de Residencia Departamento Municipio
Av. Olímpica, Tje Arde Tame Flats, Apartamento 2G.
 Dirección Completa
 Teléfono: 7416-8278 Sexo: Masculino ☒ Femenino ☐ Edad: 34 Años Mes ____ Días ____
 Fecha de Nacimiento: 29/10/1979 Peso: 219 (libras o kilos)
 Embarazada: Si ☐ No ☒ ; edad gestacional (semanas): ____
 Condiciones médicas relevantes del embarazo: ____

IV. HISTORIA CLÍNICA

Fecha de Consulta / Detección del Evento: 19/06/2025 Fecha de Ingreso: ____/____/____

Reacción(es) o evento(s) presentado(s): Inflamación de Artículos

Fecha de inicio del evento o ESAVI: 18/06/25 Hora de Inicio del evento o ESAVI: 01:00 pm

Condición actual del paciente: Recuperado/resuelto sin secuelas ☐ Recuperado/resuelto con secuelas ☐ Cual?: ____
 En proceso de recuperación o resolviéndose ☒ No recuperado/no resuelto ☐ Fallecido ☐ Desconocido ☐

Diagnóstico clínico: Edema + Urticaria No. Expediente: 197700767

Descripción del cuadro clínico o del evento sucedido: ____

4 horas posterior a vacunación con vacuna contra neumococo (23 valente) y una con fatiga, alteración y edema, fiebre y dolor de

Acción tomada ante la reacción o el evento: Tratamiento terapéutico ☒ Seguimiento médico/observación del paciente ☐

Descripción de la acción tomada: - Cumplimiento de esteroides y anti-histamínicos IV y VO.

Fecha de resolución de la reacción o evento: ____/____/____

V. ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES Y FAMILIARES RELEVANTES

Enfermedades de base preexistentes al momento de presentarse el ESAVI, reacción o evento:

Desnutrición Severa ☐ Diabetes ☐ Epilepsia ☐ Obesidad mórbida ☐ HTA ☒ TB ☐ VIH-SIDA ☐ EPOC ☐
 IRC ☐ Malformación Congénita ☐ Hepatopatías ☐ Cardiopatía ☐ Alergia ☐ Otro: ____

Enfermedad autoinmune, ¿Cuál?: ____

Medicación concomitante, tratamiento con esteroides sistémicos > 10 días o con otros inmunosupresores: ¿Cuáles?
7 horas 320 + Amlo, pino 10mg + Hidrocortisona 22
Exforge 1 tableta cada día
 Form. 514301-002-01-21
12.5mg

Historia de ESAVI o eventos previos a dosis anteriores de vacunas aplicadas: No ☒ Si ☐ ¿Qué tipo de reacción y cuál vacuna?:

Antecedentes familiares de reacciones adversas a vacunas en hermanos, padres, abuelos: No ☒ Si ☐ ¿Qué tipo de reacción y cual vacuna?:

VI. EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE U OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS REALIZADOS

Fecha de realización	Tipo de muestra	Examen o prueba realizado	Resultados

Autopsia, resultado: _____

Fecha de Egreso/ Alta: ____/____/____ Fecha de muerte/defunción: ____/____/____

VII. VACUNAS CONCOMITANTES APLICADAS

Nombre de vacuna	No de Lote	Vía de administración	Sitio anatómico de administración	Dosis	Fecha de Vencimiento	T° de conservación	Laboratorio fabricante

VIII. INFORMACIÓN DE LA VACUNA SOSPECHOSA RELACIONADA AL ESAVI O EVENTO

Número de registro sanitario de la vacuna: _____, Nombre comercial: Neumovax 23 valente
 Número de dosis: 1ra ☒ 2da ☐ 3ra ☐ 4ta ☐ 5ta ☐ 1er refuerzo ☐ 2do refuerzo ☐ PNEUMOVAX 23 valente
 Sitio anatómico de administración: Brazo izquierdo ☒ Brazo derecho ☐ Brazo no especificado ☐ Muslo derecho ☐
 Muslo izquierdo ☐ Muslo no especificado ☐ Oral ☐ Otro ☐
 Dosis de vacuna: 0.5, Temperatura de conservación: +2 - +8
 Lugar donde fue vacunado: Hospital General
 Marco de aplicación de la vacuna: Cumplimiento del Esquema de Vacunación ☐ Durante campaña ☒ viajero ☐ Otros ☐
 Indicación Médica ☐ ¿Cuál Indicación médica?: _____
 Vía de administración: IM, Fecha de vacunación: 18.06.25 Hora de vacunación: 0 11:00 am
 Tiempo transcurrido entre vacunación y apareamiento del ESAVI: Meses ____ Días ____ Hrs 4 Minutos ____
 Comentarios adicionales: a la hora sintió calor en la cara + inflamación y dolor
 Laboratorio fabricante: Merck, Número de lote: 4012470, Fecha de caducidad: 12/3/2026
 Recurso vacunador: Enfermera ☒ Técnicos de enfermería ☐ Tecnólogo materno infantil ☐ Promotor de salud ☐
 Médico ☐ Otros ☐ Especificar: _____
 ¿Se resguardó el frasco del biológico involucrado o un frasco del mismo lote? Si ☐ No ☐

IX. CLASIFICACIÓN FINAL DEL ESAVI

Evento relacionado con la vacuna ☒ Evento coincidente con la vacuna ☐ Evento no concluyente ☐
 Reacción relacionada a ansiedad por la inmunización ☐ Error programático ☐
 Diagnóstico clínico final: Reacción postvaccinal

Firma y Sello del notificador

Dr. Harón Kaleb Meléndez Ortiz
DOCTOR EN MEDICINA
J.V.P.M. No. 14,722

NO

NO

luego fue intrínseco con los síntomas