

I. Reporte del evento

Número/identificación del reporte local: _____ Número de reporte del CNFV: _____

Título del reporte (*):		Fecha de notificación: 14/08/2025	
Forma de detección del caso: Notificación espontánea <input type="checkbox"/> Búsqueda activa <input type="checkbox"/> Rumor <input type="checkbox"/> Noticia <input type="checkbox"/> Comentario <input type="checkbox"/> Estudio <input type="checkbox"/>		Otro (explique): <input checked="" type="checkbox"/> Paro cardiorrespiratorio	
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"/> Interacción <input type="checkbox"/>		Intoxicación <input type="checkbox"/> Exposición <input type="checkbox"/> (Embarazada Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> , Lactando Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> , Semanas de gestación: _____, edad del lactante: _____)	
Grave (serio): Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Razón de Gravedad: Muerte <input type="checkbox"/> Amenaza la vida <input checked="" type="checkbox"/> Anomalía Congénita o muerte fetal <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Sospecha de aborto <input type="checkbox"/>	
Discapacidad <input type="checkbox"/> Incapacidad persistente o significativa <input type="checkbox"/> Otra condición médica importante <input type="checkbox"/>			

II. Notificador

Nombre completo: Margarita Ester Ayala Canales	Profesión: Pediatra
Correo electrónico (*): margaritaester55@otland.com	Teléfono (*): 7800-747
Nombre del Establecimiento: Unidad Medica APACI	

III. Información del Paciente

Nombre y Apellido o iniciales (*): Matias Santiago Rauda Quijano	Sexo: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Número de Expediente clínico: 110802889	edad (años): 35 Gm.
Departamento y municipio de residencia: San Salvador, Guazapa	Peso: 10.0 Kg. Talla: _____ cm
	Embarazo Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
	Semanas de embarazo: _____

IV. Historia Clínica

Fecha de detección/consulta: 13/08/2025		Diagnóstico del evento: Nauseas y vómitos	
Paciente fue hospitalizado: Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Fecha de ingreso 13/08/2025, Fecha de alta 14/08/2025	
Indicación de uso del medicamento: Vómitos		Prescrito <input checked="" type="checkbox"/> Automedicado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
Antecedentes Clínicos relevantes: Sin comorbilidades			
Exámenes de Laboratorio: EGO negativo a infección			
Reacciones Adversas /Problema relacionado a medicamento (*)	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Acción tomada ante la reacción:
Dimenhidunato con Paro cardiorrespiratorio	13/08/2025	14/08/2025	Tratamiento terapéutico <input type="checkbox"/> Medicamento retirado <input checked="" type="checkbox"/> Dosis aumentada <input type="checkbox"/> Dosis reducida <input type="checkbox"/> Dosis no modificada <input type="checkbox"/> Cambio de marca <input type="checkbox"/> Observación/seguimiento <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 checked="" 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

 ¿Antecedente de reacción adversa con el medicamento sospechoso u otro del mismo grupo terapéutico? Sí No No se sabe
V. Medicamento

Nombre del medicamento sospechoso	Dosis en unidades por intervalo	Vía de Administración	Fecha de inicio	Fecha de finalización
Dimenhidunato	10 mg w clen	Endovenosa	13/08/2025	14/08/2025
Medicamentos concomitantes				
Amoxicilina	Por Holiday	Endovenosa	14-08-2025	
Cloruro de potasio	Por Holiday	Endovenosa	14-08-2025	
Otros datos del medicamento sospechoso	10 mg IV/Clsh	Endovenosa	13-08-2025	14-08-2025
Nombre Genérico: Dimenhidunato	Concentración: 50mg/ml			
Forma Farmacéutica: Fiasco 50mg/ml	Presentación: 5ml			
Nombre Comercial: Dramadol	Registro Sanitario: 8020405			
Laboratorio Fabricante: Vijosa	Lote: 2410157A	Vencimiento: 30/11/2020		


Dra. Margarita Ester Ayala Canales
 Firmante y autor del Notificador
DOCTORA EN MEDICINA