



Formulario De Notificación De RAM-PRM

Macroproceso Nombre Macroproceso

Proceso Nombre Proceso

Subproceso Nombre Subproceso

I. REPORTE DEL EVENTO

Número/identificación del reporte local:

Número de reporte de la SRS:

Título del reporte (*):		IRBESARTAN/HTA NO CONTROLADA Y CONVULSION		Fecha de notificación:		26/8/25		
Forma que detecta el caso:	Notificación espontánea	<input checked="" 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 type="checkbox"/>		
Tipo de evento:	RAM	<input type="checkbox"/>	Falla terapéutica	<input checked="" 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:	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Lactando:	Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>				
Semanas de gestación:		Edad del lactante:						
Grave (serio):	Si <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 / o su Prolongación	<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:	NANCY LIZETH GOCHEZ VASQUEZ	Profesión:	MEDICO
Correo electrónico (*):	nancy.gochez@iss.gov.sv	Especialidad Médica:	MEDICINA INTERNA
Nombre del Establecimiento	CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES	Teléfono (*):	25.914.575

III. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y Apellido o iniciales (*):	ROSALES MARINA DE PEÑA	Sexo:	M <input type="radio"/> F <input checked="" type="radio"/>
Número de Expediente clínico/DUI:	016442317	Edad:	65
Embarazo:	si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Peso (Kg):	68.60
Semana de embarazo:		Talla (cm):	149.00
Departamento, municipio y distrito de residencia:			
SOYAPANGO, SAN SALVADOR ESTE			

HISTORIA CLÍNICA

Fecha de detección/consulta:	Día 25/8/2025 Año	Diagnóstico del evento:	CONVULSION E HIPERTENSION ARTERIAL NO CONTROLADA				
Paciente fue hospitalizado:	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha de ingreso:	Día Mes Año	Fecha de alta:	Día Mes Año		
Indicación de uso del medicamento:	HIPERTENSION ARTERIAL		Prescrito:	<input checked="" type="checkbox"/>	Automedicado:	<input type="checkbox"/>	
Antecedentes Clínicos relevantes:	HTA, EPILEPSIA, PATOLOGIA DE COLUMNA LUMBAR, HIPONATREMIA, BLOQUEO AV 1°						
Exámenes de Laboratorio:	GLUCOSA 81 MG/DL, CREATININA 1 MG/DL, K 4.9 MEQ/L, NA 132 MEQ/L						
Reacciones Adversas/Problema relacionado a medicamento (*)	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Acción tomada ante la reacción:				
ELEVACION DE PRESION ARTERIAL	18 JUNIO 2025	25 AGOSTO 2025	Medicamento retirado	<input type="checkbox"/>	Dosis aumentada	<input type="checkbox"/>	
CONVULSION	18 JUNIO 2025	JULIO 2025	Dosis reducida	<input type="checkbox"/>	Dosis no modificada	<input type="checkbox"/>	
			Cambio de marca	<input checked="" type="checkbox"/>	Observación/seguimiento	<input type="checkbox"/>	
Resultado del manejo de la reacción:		Recuperado sin secuelas	<input checked="" 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? 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
IRBESARTAN 150 MG	2 TABLETAS CADA DIA	ORAL	18/6/2025	25/8/2025
Medicamentos Concomitantes				
AMLODIPINA 10 MG	UNA TABLETA CADA DIA	ORAL	18/6/2025	25/8/2025
TERAZOCIN 5 MG	UNA TABLETA CADA NOCHE	ORAL	1/9/2022	25/8/2025

OTROS DATOS DEL MEDICAMENTO SOSPECHOSO

Nombre genérico:	IRBESARTAN	Concentración:	150 MG
Forma Farmacéutica:	TABLETA	Presentación:	BLISTER POR 10 TABLETAS
Nombre Comercial:	IRBECARD	Registro Sanitario:	F058215122016.
Laboratorio Fabricante:	HETERO LABS. UNIFIED.	Lote:	F0252334
	INDIA	Vencimiento:	03/27.

Firma y Sello del Notificador

Dra. Nancy Lizeth Gochez Vásquez  
DOCTORA EN MEDICINA  
J.V.P.M. No. 8687

CON-60: 8040420