



Agencia Nacional
de **Regulación, Control
y Vigilancia Sanitaria**

INSTRUCTIVO EXTERNO

NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS PARA ESTABLECIMIENTOS DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD, RED PRIVADA, PROFESIONALES DE SALUD Y PACIENTES

(Versión 3.0)

*Coordinación Técnica de Vigilancia y Control Posterior
Dirección Técnica de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y
Vigilancia de Productos Sanitarios*

Marzo, 2018

| | | | |
|---|--|----------------|------------------|
|  <p>Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria</p> | <p>NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS PARA ESTABLECIMIENTOS DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD, RED PRIVADA, PROFESIONALES DE SALUD Y PACIENTES</p> | CÓDIGO | IE-B.5.1.8-MG-01 |
| | | VERSIÓN | 3.0 |
| | | Página 3 de 23 | |

CONTROL DE CAMBIOS

| Versión | Descripción | Fecha de Actualización |
|---------|---|------------------------|
| 1.0 | Emisión de Original | Enero 2017 |
| 2.0 | Actualización por Emisión de la Normativa de Ensayos Clínicos, se elimina este proceso. | Julio 2017 |
| 3.0 | Actualización se elimina el proceso de notificación para Titulares de Registro Sanitario y el término Tarjeta amarilla por Ficha amarilla | Marzo 2018 |



| | | | |
|---|---|----------------|------------------|
|  <p>Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria</p> | NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS PARA ESTABLECIMIENTOS DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD, RED PRIVADA, PROFESIONALES DE SALUD Y PACIENTES | CÓDIGO | IE-B.5.1.8-MG-01 |
| | | VERSIÓN | 3.0 |
| | | Página 4 de 23 | |

CONTENIDO

| | |
|------------------------------------|----|
| 1. OBJETIVO..... | 5 |
| 2. CONSIDERACIONES GENERALES | 5 |
| 3. INSTRUCCIONES | 6 |
| 4. GLOSARIO..... | 21 |
| 5. ANEXOS..... | 23 |



| | | | |
|---|---|----------------|------------------|
|  | NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS PARA ESTABLECIMIENTOS DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD, RED PRIVADA, PROFESIONALES DE SALUD Y PACIENTES | CÓDIGO | IE-B.5.1.8-MG-01 |
| | | VERSIÓN | 3.0 |
| | | Página 5 de 23 | |

1. OBJETIVO

Establecer de forma clara y precisa el procedimiento para reportar las sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM), Fallas Terapéutica (FT), Errores de Medicación (EM) y Eventos Supuestamente Atribuibles a la vacunación o inmunización (ESAVI), para los establecimientos del Sistema Nacional de Salud correspondientes a la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria, profesionales de la salud, universidades, centros de información de medicamentos, centros de investigación toxicológica, colegios de profesionales de la salud, asociaciones de profesionales de la salud, asociaciones de pacientes y pacientes.

2. CONSIDERACIONES GENERALES

- a. De acuerdo a la Normativa Técnica Sanitaria Sustitutiva para el funcionamiento del Sistema Nacional de Farmacovigilancia (SNFV), Resolución 20 (Registro Oficial 856, 06-X-2016) se dispone:

“Art. 20.- Todas las reacciones adversas a los medicamentos, fallas terapéuticas y errores de medicación que causan daño al paciente o concluyan en un error mortal; deben ser notificados obligatoriamente y como mínimo una vez al mes al CNFV, en los tiempos descritos en la presente normativa de acuerdo a su intensidad.”;

“Art. 33.- (...) se consideran eventos adversos todas las reacciones adversas a medicamentos (RAM), errores de medicación (EM), fallas terapéuticas (FT) y evento supuestamente atribuible a la vacunación o inmunización (ESAVI), las que serán clasificadas y evaluadas teniendo en cuenta su intensidad o gravedad, duración y el contexto general en el que se produce.”;

“Art. 34.- La notificación de los eventos adversos se realizará en la ficha amarilla para RAM, FT y EM; y en la ficha blanca para ESAVI, hasta que la ARCSA implemente la plataforma virtual para la notificación de eventos adversos.”

“DISPOSICIÓN GENERAL PRIMERA.- La ARCSA a través de su CNFV garantizará que en todos los procesos se guarde la confidencialidad de la identidad y los datos clínicos de los pacientes, del notificador y de los Establecimientos del Sistema Nacional de Salud.”

- b. De acuerdo al Resolución ARCSA-DE-011-2016-GGG, por la que se expide la Normativa Técnica Sanitaria para autorizar la importación de medicamentos, productos biológicos, dispositivos médicos de uso humano, reactivos biológicos en casos de emergencia sanitaria, para tratamientos especializados no disponibles en el país, para tratamiento de enfermedades catastróficas, raras o huérfanas o para fines de investigación clínica humana, en su Disposición General Tercera, prevé: *“Los productos que se importen objeto de enfermedades catastróficas, raras o huérfanas o para fines de investigación clínica humana, en su Disposición General Tercera, prevé: “Los productos que se importen objeto de esta normativa técnica sanitaria formarán parte de los programas del Sistema Nacional de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia; siendo el solicitante de la importación y el médico*

| | | | |
|---|---|----------------|------------------|
|  | NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS PARA ESTABLECIMIENTOS DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD, RED PRIVADA, PROFESIONALES DE SALUD Y PACIENTES | CÓDIGO | IE-B.5.1.8-MG-01 |
| | | VERSIÓN | 3.0 |
| | | Página 6 de 23 | |

responsable del paciente, quienes tienen la obligación de notificar a la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria - ARCSA, acerca de las sospechas de reacciones adversas a estos productos".

- c. De acuerdo a la Resolución ARCSA-DE-022-2016-GGG, la cual reforma a la Resolución ARCSA-DE-011-2016-GGG, establece:
"Artículo segundo.- Inclúyase en el Art. 4 las siguientes causas por las cuales la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria – ARCSA, autorizará la importación de los medicamentos, productos biológicos, dispositivos médicos de uso humano, reactivos bioquímicos y de diagnóstico:
e. Para el abastecimiento del sector público a través de organismos internacionales, tratándose de donaciones aceptadas por la autoridad sanitaria nacional;
f. Otros casos definidos por la autoridad sanitaria nacional;
g. Otros casos previstos en la Ley Orgánica de Salud (...)"

- d. De acuerdo a la Resolución ARCSA-DE-014-2016-GGG, por la que se expide la Normativa Técnica Sanitaria para la autorización de donaciones de medicamentos de uso y consumo humano y dispositivos médicos de uso humano, en su Disposición General Primera, determina:

*"La ARCSA en cualquier momento verificará el cumplimiento de los términos de la autorización para la donación y podrá realizar el control de los productos recibidos en donación a los que se refiere la presente resolución, los cuales a su vez formarán parte de los programas del Sistema Nacional de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.
 En caso que los productos recibidos en donación durante su utilización presenten alertas sanitarias o problemas de calidad, seguridad y eficacia, que no permitan su uso seguro, la instancia receptora suspenderá el uso de dichos productos y notificará a la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria-ARCSA."*

- e. Los establecimientos de Salud también podrán realizar el envío de notificaciones de sospechas de Reacciones Adversa a Medicamentos (RAM), Falla Terapéutica (FT) y Errores de Medicación (EM) online a través de e-reporting, para lo cual deberán obtener previamente el link otorgado por el Centro Nacional de Farmacovigilancia (ver Anexo 1).

3. INSTRUCCIONES

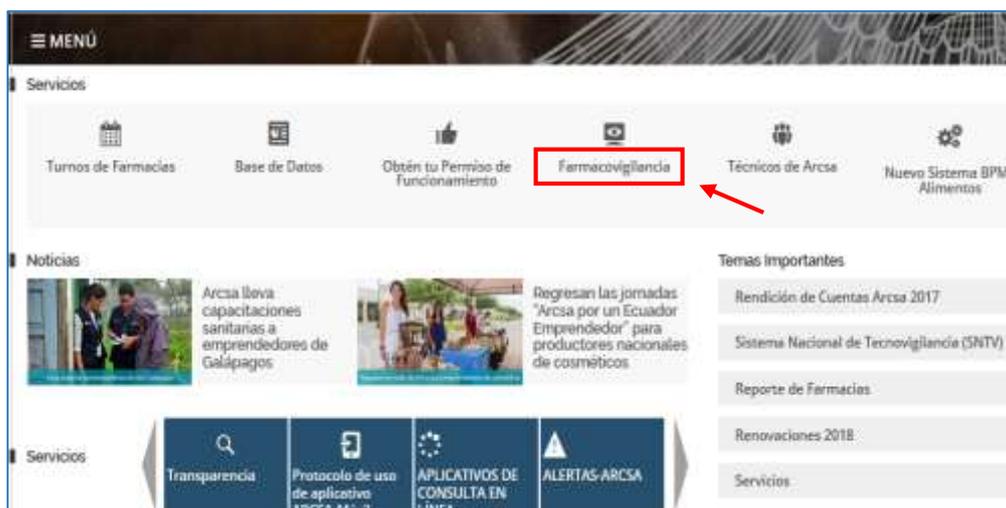
3.1. PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS (RAM), FALLA TERAPÉUTICA (FT) Y ERRORES DE MEDICACIÓN (EM)

Ficha Amarilla

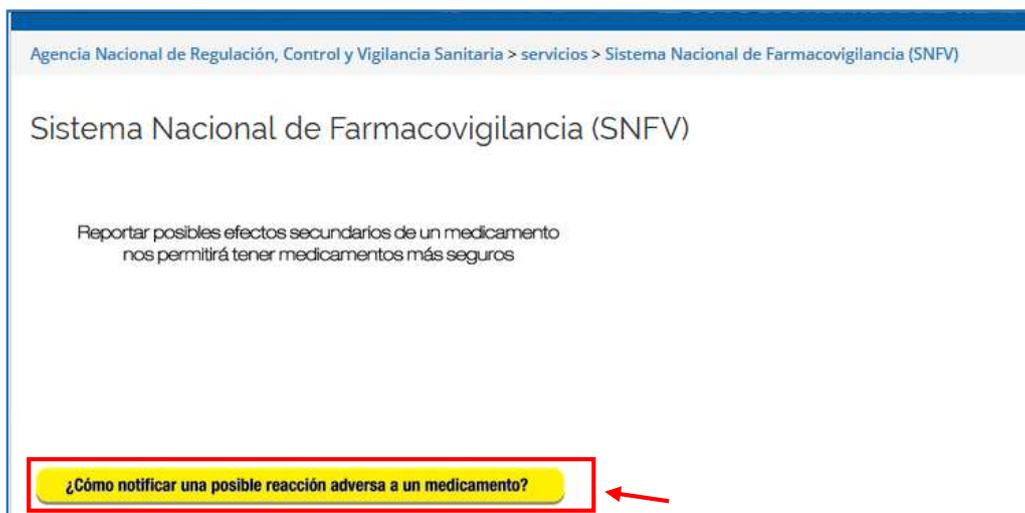
El notificador ante la sospecha de una reacción adversa a un medicamento, falla terapéutica y error de medicación debe comunicar a la ARCSA mediante el formulario de notificación siguiendo los pasos que a continuación se describen:

- Ingresar a la página www.controlsanitario.gob.ec.
- Dar clic en la palabra "Farmacovigilancia".

| | | | |
|---|---|----------------|------------------|
|  | NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS PARA ESTABLECIMIENTOS DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD, RED PRIVADA, PROFESIONALES DE SALUD Y PACIENTES | CÓDIGO | IE-B.5.1.8-MG-01 |
| | | VERSIÓN | 3.0 |
| | | Página 7 de 23 | |



- c. A continuación se debe dar clic en la frase **“¿CÓMO NOTIFICAR UNA POSIBLE REACCIÓN ADVERSA A UN MEDICAMENTO?”**



- d. Dar clic sobre el link: [Ficha Amarilla](#) o en el cuadro amarillo donde dice **“Descargue aquí la NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA MEDICAMENTO (Ficha Amarilla)”**. A continuación se descargará la ficha para realizar el reporte de la sospecha de reacciones adversas a medicamentos, falla terapéutica, errores de medicación.

| | | | |
|---|---|----------------|------------------|
|  | NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS PARA ESTABLECIMIENTOS DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD, RED PRIVADA, PROFESIONALES DE SALUD Y PACIENTES | CÓDIGO | IE-B.5.1.8-MG-01 |
| | | VERSIÓN | 3.0 |
| | | Página 9 de 23 | |

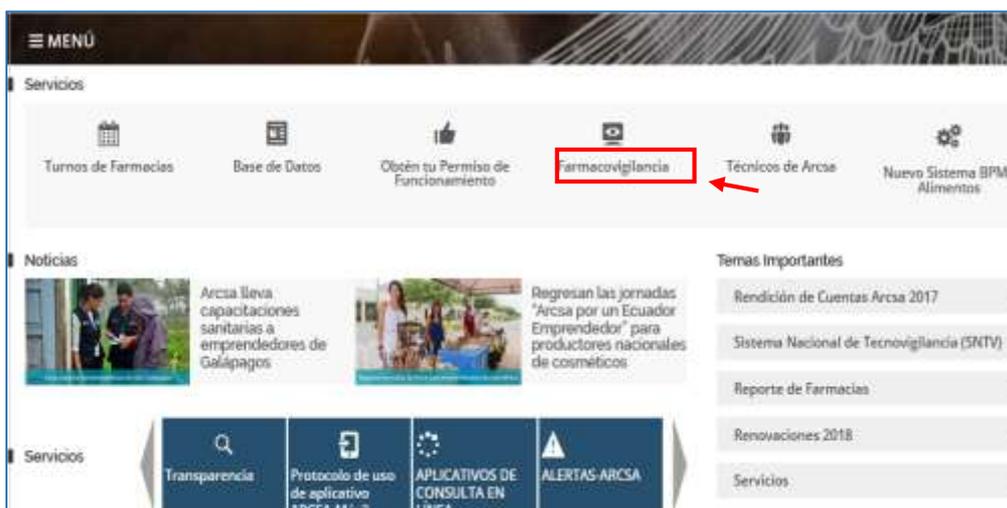
- f. El reporte puede ser llenado a computadora o de manera escrita, la misma que debe ser legible para evitar errores de interpretación.
- g. La ficha amarilla deberá ser enviada al Centro Nacional de Farmacovigilancia (CNFV) mediante el correo electrónico farmaco.vigilancia@controlsanitario.gob.ec.
- h. El CNFV remitirá el Acuse de Recibido de la información y de ser necesario se contactará con el notificador para solicitar mayor información del reporte, lo realizará mediante correo electrónico o llamada telefónica. La identidad y los datos clínicos de los pacientes, del notificador y de los Establecimientos del Sistema Nacional de Salud son de absoluta confidencialidad.

3.2. PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLES A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN (ESAVI).

Ficha blanca

El notificador ante un Evento Supuestamente atribuible a la Vacunación o inmunización debe comunicar a la ARCSA mediante la ficha blanca siguiendo los pasos que a continuación se describen:

- a. Ingresar a la página www.controlsanitario.gob.ec.
- b. Dar clic en la palabra “Farmacovigilancia”.



- c. A continuación se debe dar click en la frase **“¿CÓMO NOTIFICAR UNA POSIBLE REACCIÓN ADVERSA A UN MEDICAMENTO?”**

| | | | |
|---|---|-------------------------------|------------------|
|  | NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS PARA ESTABLECIMIENTOS DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD, RED PRIVADA, PROFESIONALES DE SALUD Y PACIENTES | CÓDIGO | IE-B.5.1.8-MG-01 |
| | | VERSIÓN | 3.0 |
| | | Página 10 de 23 | |

Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria > servicios > Sistema Nacional de Farmacovigilancia (SNFV)

Sistema Nacional de Farmacovigilancia (SNFV)

Reportar posibles efectos secundarios de un medicamento
nos permitirá tener medicamentos más seguros

¿Cómo notificar una posible reacción adversa a un medicamento?



- d. Dar clic sobre el link: [Ficha Blanca](#). A continuación se descargará la ficha para realizar el reporte del Evento Supuestamente Atribuible a la Vacuna o inmunización (ESAVI).

≡ MENÚ

Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria > servicios > ¿Cómo notificar una reacción adversa a un medicamento?

¿Cómo notificar una reacción adversa a un medicamento?

1. Si al tomar su medicación presenta reacciones adversas, anótelas y llame a su médico.
2. Llene la [Ficha Amarilla](#) y envíela al correo: farmaco.vigilancia@controlsanitario.gob.ec
3. El Centro Nacional de Farmacovigilancia la recibirá, realizará el análisis y evaluación respectivo, e ingresará la información a la Base de Datos Nacional de Sospechas RAM. Posterior a ello enviará la información necesaria al notificador.
4. Si presenta reacciones adversas por vacunación llene la Ficha Blanca y envíela al correo farmaco.vigilancia@controlsanitario.gob.ec

Descargue aquí la NOTIFICACION DE SOSPECHA DE REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS (Ficha amarilla) ↓



- e. La Ficha Blanca debe ser llenada de forma clara, concisa y completando todos los numerales, de acuerdo a las instrucciones descritas en el documento que ha descargado.

ANEXO 2
SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA
FICHA BLANCA
HECHOS DE SUSPECHA DE EVENTOS ADVERSOS SUJETO A REVISIÓN E ATRIBUIBLE A LA
VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN (ESAVI)

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | | | |
|---------------------------------|------|----------------------|------|-------|--------------------|
| NOMBRE O INICIALES DEL PACIENTE | EDAD | SEXO | PESO | TALLA | ZONA |
| | | MASCULINO / FEMENINO | kg | cm | # HISTORIA CLÍNICA |

2. INFORMACIÓN SOBRE EL ESAVI

| | | |
|--------------------------|------------------------|-------------------------|
| TIPO DE ESAVI | Fecha de notificación: | MEDICACIÓN CONCOMITANTE |
| Asociado a la vacuna | Fecha de vacunación: | |
| Asociado a la vacunación | Fecha del ESAVI: | |

| DESCRIPCIÓN DEL ESAVI (Incluyendo su duración) | CONDICIONES MÉDICAS RELEVANTES PREVIAS A LA VACUNACIÓN |
|--|--|
| | Alergias (medicamentosas, alimentarias) |
| | Diabetes |
| | Tiroidopatías |
| | Embarazo reciente |
| | Enfermedades o otras enfermedades neurológicas |
| | Fernoxipresión, HTA, Neoplasia |
| | Tratamiento corticoide |
| | Enfermedades autoinmunes |
| | Desnutrición |
| | Otras |

| | |
|---|--------------------------|
| ESTADOS COMPLEMENTARIOS POR ESAVI (Laboratorio, Rx, EEG, etc.) (Con resultados) | RESULTADO DEL ESAVI |
| | Tratamiento |
| | Recuperación ad-integrum |
| | Defunción |
| | Hospitalización |
| | Riesgo de vida |
| | Muerte |

DATOS DE LA VACUNA

| Tipo de vacuna | Sitio aplicación | Dosis | Laboratorio/Produtor | N° de lote/serie |
|----------------|------------------|-------|----------------------|------------------|
| | | | | |
| | | | | |

3. INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR

| | | | | | | |
|--------|-----------|-----------|------------------|----------|------|-------|
| NOMBRE | DIRECCIÓN | PROFESIÓN | LUGAR DE TRABAJO | TELÉFONO | MAIL | FIRMA |
| | | | | | | |

El Centro Nacional de Farmacovigilancia agradece por su reporte y le recuerda que los datos proporcionados son confidenciales.

ANEXO 2
SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA
FICHA BLANCA
HECHOS DE SUSPECHA DE EVENTOS ADVERSOS SUJETO A REVISIÓN E ATRIBUIBLE A LA
VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN (ESAVI)

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA FICHA DE FARMACOVIGILANCIA:

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre o iniciales del paciente: se pueden indicar sólo las iniciales en lo posible de los 2 nombres y 2 apellidos (por ejemplo si el nombre es Juan Diego Pérez López las iniciales serán: JDPL).

Edad: en años, si los afectados son niños menores de diez años, debe expresarse en meses, añadiendo la fecha de nacimiento. Cuando se trate de malformaciones congénitas, informar la edad y sexo del bebé en el momento de la detección. Agregar la edad de la madre.

Peso: expresarlo en kilogramos. Considerar dos decimales en los niños.

Talla: en metros, con dos decimales. Este dato tiene importancia cuando se trata de menores o en la aplicación de medicamentos de uso oncológico.

Zona: indicar el nombre de la provincia donde ocurrió la notificación.

N° Historia clínica: colocar el número de historia clínica del paciente.

2. INFORMACIÓN SOBRE EL ESAVI

Indique con el mayor detalle todos los puntos descritos en este apartado, de ser el caso señale con una X según corresponda.

3. INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR

Información del notificador: El notificador deberá completar los casilleros con su nombre, profesión, lugar de trabajo, dirección, teléfono celular y convencional y su firma.

Enviar la notificación al siguiente correo electrónico: farmaco.vigilancia@controlsanitario.gob.ec

Recuperación ad-integrum es un término latino que significa la restauración a su condición original.

- f. El reporte puede ser llenado a computadora o de manera escrita, la misma que debe ser legible para evitar errores de interpretación.
- g. La Ficha blanca deberá ser enviada al Centro Nacional de Farmacovigilancia (CNFV) mediante el correo electrónico farmaco.vigilancia@controlsanitario.gob.ec.
- h. El CNFV remitirá el Acuse de Recibido de la información y de ser necesario se contactará con el notificador para solicitar mayor información del reporte, lo realizará mediante correo electrónico o llamada telefónica. La identidad y los datos clínicos de los pacientes, del notificador y de los Establecimientos del Sistema Nacional de Salud son de absoluta confidencialidad.
- i. Los ESAVIS provenientes de las vacunas importadas por el Programa Ampliado de Inmunización – PAI del Ministerio de Salud Pública, deberán reportarse de acuerdo al Instructivo que la Agencia emita para el efecto.

3.3. PROCEDIMIENTO PARA EL ENVÍO DE NOTIFICACIONES DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSA A MEDICAMENTOS (RAM), FALLA TERAPÉUTICA (FT) Y ERRORES DE MEDICACIÓN (EM) ONLINE A TRAVÉS DE e-REPORTING.

El notificador deberá realizar los siguientes pasos:

- a. Acceder al link proporcionado por el CNFV
- b. Verificar que al ingresar aparezcan los logos de la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria ARCSA, Centro Nacional de Farmacovigilancia, Ministerio de Salud Pública de la República del Ecuador

| | | | |
|---|---|-------------------------------|------------------|
|  | NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS PARA ESTABLECIMIENTOS DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD, RED PRIVADA, PROFESIONALES DE SALUD Y PACIENTES | CÓDIGO | IE-B.5.1.8-MG-01 |
| | | VERSIÓN | 3.0 |
| | | Página 12 de 23 | |



Reporte de Reaccion Adversa a Medicamento (s)

Notificador >
Reporte >
Resumen >
Enviar

Aquí puede notificar reacciones adversas a medicamentos, vacunas, medicamentos biológicos, medicamentos que contengan sustancias sujetas a fiscalización y productos naturales procesados de uso medicinal. Por favor llenar la información lo mas completa posible.

* = Campo obligatorio, (?) = Texto de ayuda para el campo

c. Dar Click en **Notificador**



Reporte de Reaccion Adversa a Medicamento (s)

Notificador >
Reporte >
Resumen >
Enviar

Aquí puede notificar reacciones adversas a medicamentos, vacunas, medicamentos biológicos, medicamentos que contengan sustancias sujetas a fiscalización y productos naturales procesados de uso medicinal. Por favor llenar la información lo mas completa posible.

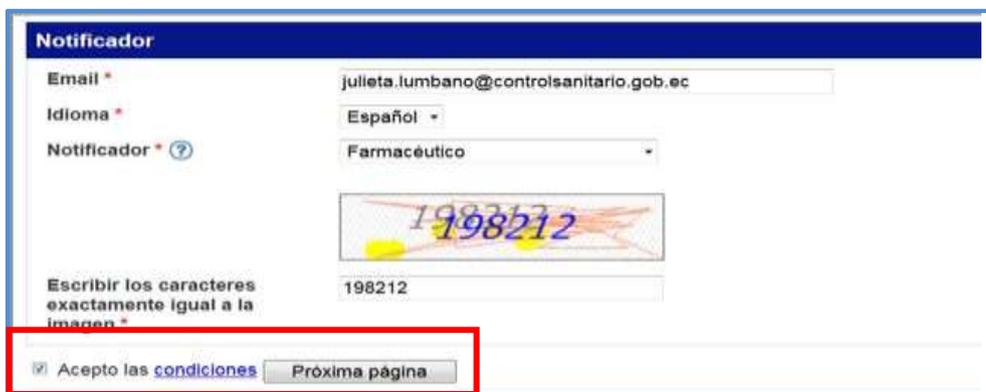
* = Campo obligatorio, (?) = Texto de ayuda para el campo

d. A continuación se desplazara la siguiente pantalla en la que debe registrar los datos del Responsable de farmacovigilancia del establecimiento de salud; y llenar los campos obligatorios que se muestran en la pantalla:

- **Email** (correo electrónico previamente comunicado al CNFV)
- **Idioma** (configurado por defecto (español))
- **Notificador** (elegir el tipo de profesión de quien detecta y llena el formato de notificación (ingresa la información de la notificación))
- Digitar los caracteres que le muestre la imagen

e. Colocar un visto en “**Acepto las condiciones**”, y dar click en **Próxima página**.

| | | | |
|---|---|-------------------------------|------------------|
|  | NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS PARA ESTABLECIMIENTOS DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD, RED PRIVADA, PROFESIONALES DE SALUD Y PACIENTES | CÓDIGO | IE-B.5.1.8-MG-01 |
| | | VERSIÓN | 3.0 |
| | | Página 13 de 23 | |



- f. A continuación se desplazara la siguiente pantalla **“Reporte de Reacción Adversa a Medicamento (s)”** en la que debe dar click en **Reporte** e ingresar la información del formato de notificación (llenar cada uno de los campos que se irán desplazando, **Consumidor de medicamentos, Describa lo sucedido, Medicamentos, Información adicional**)



- f.1. Se desplazara una nueva pantalla **“Consumidor del medicamento”** en la que debe ingresar los datos del paciente según el formato de notificación:
- **Iniciales** (Registrar las iniciales del paciente o código si procede de las estrategias sanitarias en letra mayúscula. Solo permite el ingreso máximo de 10 caracteres).
 - **Sexo** (Seleccionar según corresponda)
 - **Peso** (Registrar si cuenta con el peso del paciente)
 - **Fecha de nacimiento** (Registrar la información del paciente en día, mes, año) o **Edad al comienzo de la reacción.**
 - **País** (Por defecto aparece Ecuador)

| | | | |
|---|---|-------------------------------|------------------|
|  | NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS PARA ESTABLECIMIENTOS DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD, RED PRIVADA, PROFESIONALES DE SALUD Y PACIENTES | CÓDIGO | IE-B.5.1.8-MG-01 |
| | | VERSIÓN | 3.0 |
| | | Página 14 de 23 | |

Consumidor del medicamento

Iniciales *

Sexo * Masculino Femenino

Peso kg

Fecha de nacimiento * o Edad al comienzo de la reacción Año

Pais donde ocurrió(eron)

la(s) reacción(es)

f.2. En **Describe lo sucedido**, debe ingresar la información descrita en el formulario de la notificación:

- Nombre del Establecimiento de salud
- Ciudad
- Nombre del Notificador
- Número de teléfono celular o fijo del notificador
- Correo electrónico del notificador
- Profesión del notificador (si es médico, farmacéutico, enfermera, obstetras, etc).
- Fecha de notificación dd/mm/aaaa.
- Incluir de forma obligatoria el Registro Sanitario, Lote y fecha de vencimiento del medicamento.
- Describa detalladamente como ha ocurrido la sospecha de RAM.

Describe lo sucedido

* Describa con sus propias palabras o lo expresado por el paciente cualquier sintoma o eventos adversos que sospeche han sido causados por la medicación y lo sucedido posteriormente

Ingrese en el campo siguiente otros detalles específicos sobre la medicación y fechas relevantes. Describa suficiente información relacionada con las reacciones/sintomas.

Caracteres restantes: 15714

Nombre del Notificador: Betty Narea
N° de Celular: 999999999
Correo electrónico: telly-nasa@gmail.com
Profesión: Quimica Farmacéutica
Fecha de Notificación : 19/01/2017

- Registrar la información de la(s) reacción(es) adversa(s) según lo descrito en el formato de notificación:
 - Reacción/Síntoma (Describir la reacción como fue notificada)
 - Fecha de comienzo y fecha de finalización (Colocar la fecha de inicio y final de la RAM o RAMs)
 - Resultado de la reacción (Colocar la opción que corresponda)

| | | | |
|---|---|-------------------------------|------------------|
|  <p>Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria</p> | NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS PARA ESTABLECIMIENTOS DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD, RED PRIVADA, PROFESIONALES DE SALUD Y PACIENTES | CÓDIGO | IE-B.5.1.8-MG-01 |
| | | VERSIÓN | 3.0 |
| | | Página 15 de 23 | |

Reacción(es)/Síntoma(s)

Describe brevemente cada reacción incluyendo los detalles relevantes (Ej. dolor de cabeza). Pulse el botón "AGREGAR OTRA REACCIÓN/SÍNTOMA" por cada reacción que necesite describir.

1 Reacción/Síntoma * Caracteres restantes: 100

ERITEMA GENERALIZADO

Fecha de comienzo * Fecha de finalización Duración

19 06 2017 19 06 2017 0

Resultado de la reacción

Recuperado/Resuelto Recuperado/Resuelto con secuelas
 Recuperando/Resolviendo Fatal
 No recuperado/No resuelto Desconocido

Nota 1: Si existe más de una RAM, dar click en “Agregar otra reacción/síntoma” y registrar la información como en el párrafo anterior

Reacción(es)/Síntoma(s)

Describe brevemente cada reacción incluyendo los detalles relevantes (Ej. dolor de cabeza). Pulse el botón "AGREGAR OTRA REACCIÓN/SÍNTOMA" por cada reacción que necesite describir.

1 Reacción/Síntoma * Caracteres restantes: 100

ERITEMA GENERALIZADO

Fecha de comienzo * Fecha de finalización Duración

19 06 2017 19 06 2017 0

Resultado de la reacción

Recuperado/Resuelto Recuperado/Resuelto con secuelas
 Recuperando/Resolviendo Fatal
 No recuperado/No resuelto Desconocido

- Cuando se trate de una reacción adversa grave, seleccionar una de las consecuencias según corresponda (Si se trata de reacciones adversas leves **NO** seleccionar ninguna de las opciones)

¿La reacción produjo alguna(s) de la(s) siguiente(s) consecuencia(s)?

Seleccione aquellas que apliquen o deje en blanco

Causó/prolongó hospitalización ? Amenaza de vida
 Discapacidad Muerte
 Malformación congénita Otra condición médica importante

f.3. En **Medicamentos**, ingresar los datos del(os) producto(s) farmacéutico(s) sospechoso(s) según el formato de notificación tomando en cuenta lo siguiente:

1. **Nombre del medicamento** (Nombre comercial genérico del medicamento)
2. **Laboratorio** (nombre del laboratorio que figura en el rotulado del producto).
3. Colocar un visto en “**posible causante de la reacción**”

| | | | |
|---|---|-------------------------------|------------------|
|  | NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS PARA ESTABLECIMIENTOS DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD, RED PRIVADA, PROFESIONALES DE SALUD Y PACIENTES | CÓDIGO | IE-B.5.1.8-MG-01 |
| | | VERSIÓN | 3.0 |
| | | Página 16 de 23 | |

4. La concentración y dosis según corresponda
5. Seleccionar la vía de administración
6. Seleccionar el lugar donde obtuvo el medicamento.
7. La fecha de comienzo y fin de la administración del medicamento sospechoso o posible causante de la reacción.
8. Duración.

Medicamentos

Ingrese el nombre y detalles de cada medicamento que consumía antes de ocurrir la reacción. Pulse el botón "AGREGAR OTRO MEDICAMENTO" por cada nuevo medicamento que necesite describir. Incluya cualquier preparación de drogas vegetales (como productos naturales o remedios caseros a base de plantas), consumo de drogas o cualquier otra medicación alternativa que haya estado consumiendo.

| | | |
|---|--|--|
| 1 Nombre del medicamento * ? | Laboratorio representante del medicamento ? | |
| PARACETAMOL | BAYER | <input checked="" type="checkbox"/> Posible causante de la reacción ? |
| Concentración ? | Dosis ? | |
| 750 mg | 1 tableta cada 8 horas | |
| Vía de administración | Lugar donde se obtuvo el medicamento ? | |
| Oral | Farmacia (con prescripción médica) | |
| Fecha de comienzo de la administración ? | Fecha de fin de administración ? | Duración |
| 19 06 2017 | 19 06 2017 | 0 |

9. Además, deberá registrar la **“Razón para el consumo del medicamento”** describiendo:
 - 9.1 Diagnóstico principal y motivo de prescripción o su correspondiente CIE 10 en el casillero de texto libre.
 - 9.2 Describir el número de lote del medicamento sospechoso y número de registro sanitario si lo amerita.
 - 9.3 También, describir las acciones tomadas como:
 - a) Si recibió o no tratamiento farmacológico y detallar en el casillero
 - b) Seleccionar la acción tomada con la medicación.
 - c) Dar Click si hubo re exposición o no según corresponda.

Razón para el consumo de los medicamentos ?

Caracteres restantes: 175

Diagnóstico Principal: Rinitis alérgica. Motivo de la prescripción : Fiebre

Describe las acciones tomadas ?

Caracteres restantes: 59

Recibió tratamiento: Loratadina

Acción tomada con la medicación

Medicamento retirado ▾

¿La medicación había causado una reacción similar antes? Si: No: Desconocido: [Limpiar](#)

+ Agregar otro medicamento
 Agregue información para cada uno de los medicamentos. No olvide los medicamentos de venta libre, preparaciones de drogas vegetales (como productos naturales o remedios caseros a base de plantas), consumo de drogas y cualquier otro medicamento alternativo.

| | | | |
|---|---|-----------------|------------------|
|  <p>Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria</p> | NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS PARA ESTABLECIMIENTOS DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD, RED PRIVADA, PROFESIONALES DE SALUD Y PACIENTES | CÓDIGO | IE-B.5.1.8-MG-01 |
| | | VERSIÓN | 3.0 |
| | | Página 17 de 23 | |

Nota 2: Si existe más de un medicamento sospechoso dar click en **“Agregar otro medicamento”** y registrar como en el caso anterior.



Razón para el consumo de los medicamentos ? Caracteres restantes: 175

Diagnóstico Principal: Rinitis alérgica. Motivo de la prescripción : Fiebre

Describe las acciones tomadas ? Caracteres restantes: 59

Recibió tratamiento: Loratadina

Acción tomada con la medicación

Medicamento retirado ▾

¿La medicación había causado una reacción similar antes? Si No Desconocido Limpiar

Agregar otro medicamento

Agregue información para cada uno de los medicamentos. No olvide los medicamentos de venta libre, preparaciones de drogas vegetales (como productos naturales o remedios caseros a base de plantas), consumo de drogas y cualquier otro medicamento alternativo.

10. Si la información del formato de notificación menciona **otros medicamentos concomitantes utilizados en los 3 últimos meses**, entonces deberá registrar lo siguiente:

- 10.1 Nombre del medicamento: Nombre comercial o genérico
- 10.2 **No dar Click en “Posible causante de la reacción”**
- 10.3 Registrar la concentración, dosis del medicamento concomitante
- 10.4 Seleccionar la vía de administración.
- 10.5 Fecha de inicio y final del medicamento concomitante
- 10.6 Describir el motivo de prescripción.



2 Nombre del medicamento ?

Laboratorio representante del medicamento ?

Xarelo

Posible causante de la reacción ?

Concentración ? Dosis ?

10 mg 10 mg cada 24 horas

Vía de administración Lugar donde se obtuvo el medicamento ?

Oral Farmacia (con prescripción médica)

Fecha de comienzo de la administración Fecha de fin de administración Duración

19 06 2017 19 06 2017 0

Razón para el consumo de los medicamentos ?

Motivo de la Prescripción: Profilaxis Trombosis venosa profunda

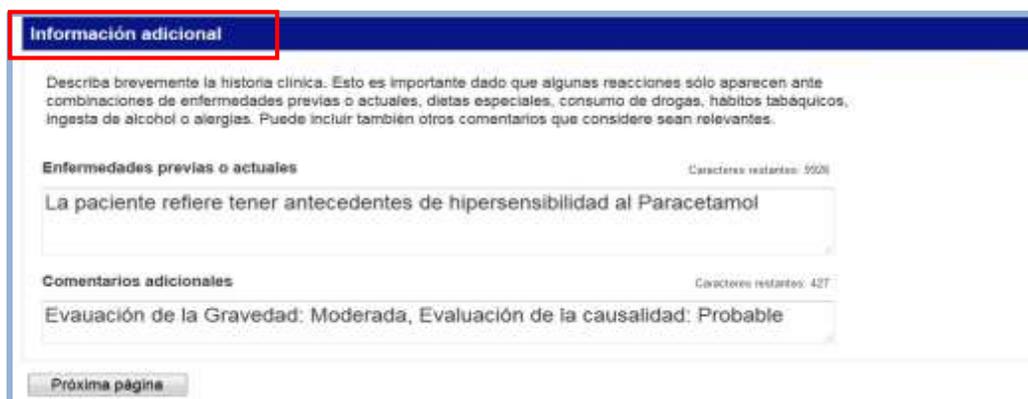
Nota 3: Si existe más de un medicamento **concomitante** dar click en **“Agregar otro medicamento”** y registrar como en el caso anterior.

| | | | |
|---|---|-------------------------------|------------------|
|  <p>Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria</p> | NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS PARA ESTABLECIMIENTOS DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD, RED PRIVADA, PROFESIONALES DE SALUD Y PACIENTES | CÓDIGO | IE-B.5.1.8-MG-01 |
| | | VERSIÓN | 3.0 |
| | | Página 18 de 23 | |

f.4. En **Información adicional**, ingresar la información contenida en el formato de notificación como sigue:

1. En **“Enfermedades previas o actuales”** describir en el casillero de texto libre:
 - 1.1 Resultados relevantes de exámenes de laboratorio incluyendo fechas.
 - 1.2 Otros datos de la historia clínica como antecedentes de alergia, patologías concomitantes, hábitos nocivos.

2. En **“Comentarios adicionales”** describir en el casillero de texto libre:
 - 2.1 Evaluación de la Gravedad: Leve, moderada o grave según corresponda.
 - 2.2 Evaluación de la causalidad de cada asociación medicamento- RAM por ejemplo Paracetamol – Eritema generalizado: Posible
 - 2.3 Si es una RAM grave describir las acciones correctivas realizadas por la Comisión de Farmacovigilancia de forma resumida.



Información adicional

Describe brevemente la historia clínica. Esto es importante dado que algunas reacciones sólo aparecen ante combinaciones de enfermedades previas o actuales, dietas especiales, consumo de drogas, hábitos tabáquicos, ingesta de alcohol o alergias. Puede incluir también otros comentarios que considere sean relevantes.

Enfermedades previas o actuales Caracteres restantes: 5008

La paciente refiere tener antecedentes de hipersensibilidad al Paracetamol

Comentarios adicionales Caracteres restantes: 427

Evaluación de la Gravedad: Moderada, Evaluación de la causalidad: Probable

[Próxima página](#)

g. Dar click en **“Proxima página”** para continuar con el registro de notificación



Información adicional

Describe brevemente la historia clínica. Esto es importante dado que algunas reacciones sólo aparecen ante combinaciones de enfermedades previas o actuales, dietas especiales, consumo de drogas, hábitos tabáquicos, ingesta de alcohol o alergias. Puede incluir también otros comentarios que considere sean relevantes.

Enfermedades previas o actuales Caracteres restantes: 5008

La paciente refiere tener antecedentes de hipersensibilidad al Paracetamol

Comentarios adicionales Caracteres restantes: 427

Evaluación de la Gravedad: Moderada, Evaluación de la causalidad: Probable

[Próxima página](#)

| | | | |
|---|---|-------------------------------|------------------|
|  | NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS PARA ESTABLECIMIENTOS DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD, RED PRIVADA, PROFESIONALES DE SALUD Y PACIENTES | CÓDIGO | IE-B.5.1.8-MG-01 |
| | | VERSIÓN | 3.0 |
| | | Página 19 de 23 | |

- h. A continuación se desplaza la siguiente pantalla “**Reporte de Reacción Adversa a Medicamentos**” debe dar clic en “**Resumen**” donde debe corroborar si el formulario contiene la información ingresada por el notificador.

Reporte de Reaccion Adversa a Medicamento (s)

Notificador > [Reporte >](#) **Resumen >** [Enviar](#)

Este es un resumen del reporte. Verifique que la información ingresada sea la correcta.
Si la información ingresada no es la correcta, pulse el botón *Página anterior* para cambiar la información. Para enviar el reporte, pulse el botón *Enviar*

- i. En caso de que la información ingresada contenga algún error o falten datos del formato de notificación, debe dar click en “**Reporte**”, para realizar las modificaciones pertinentes.
- j. Si la información esta correcta dar click en “**Enviar**”
- k. A continuación se desplazará la siguiente pantalla y aparecerá el siguiente mensaje

Reporte de Reaccion Adversa a Medicamento (s)

Notificador > Reporte > Resumen > **Enviar**

¡Gracias por enviar su reporte!

Use este link para visualizar el reporte creado: <http://demo.who-umc.org/PrimaryReportingTest/Reporting/ViewReport?reportID=66ad2603-34ab-45f6-ad9f-c0e094099be3>

Si lo desea, cierre la ventana para evitar que alguien más lea este reporte.

 [Imprimir el reporte](#)

- l. Si desea imprimir su reporte de click en “**Imprimir el reporte**” y mostrará la fecha y hora de la creación del reporte, inclusive el caso reportado lo puede guardar en formato PDF.

Reporte de Reaccion Adversa a Medicamento (s)

 [Imprimir el reporte](#)

Reporte creado: 23 06 2017 04:38:47, Reporte de referencia: bf1bf44f-875e-4a41-8d1a-51dfe44e2917

- m. Una vez enviado su reporte recibirá en su correo electrónico un acuse de recibo con el siguiente mensaje:

Gracias por su notificación. La información ha sido enviada al CNFV.
Puede revisar su notificación aquí.
<https://primaryreporting.who-umc.org/Reporting/ViewReport?reportID=1ec35b2a-206d-4cc8-a0e3-322e6eb0a643>

| | | | |
|---|---|-------------------------------|------------------|
|  <p>Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria</p> | NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS PARA ESTABLECIMIENTOS DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD, RED PRIVADA, PROFESIONALES DE SALUD Y PACIENTES | CÓDIGO | IE-B.5.1.8-MG-01 |
| | | VERSIÓN | 3.0 |
| | | Página 20 de 23 | |

3.4. CRITERIOS MÍNIMOS QUE DEBEN CONSTAR EN EL REPORTE DE UN EVENTO ADVERSO A MEDICAMENTOS

- a. Información del paciente: Iniciales del paciente y edad;
- b. Información del medicamento sospechoso: Nombre genérico, nombre comercial, fechas de tratamiento, número de lote y registro sanitario;
- c. Información sobre la sospecha de un evento adverso: nombre de la manifestación clínica (utilizar terminología médica) y fecha de inicio de la sospecha de reacción adversa;
- d. Información del notificador: Nombre o iniciales del notificador.

3.5. CASOS PARA NOTIFICACIÓN

- a. Se deberá notificar todas las sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM), las Fallas Terapéuticas (FT), Errores de Medicación (EM) y Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización (ESAVI) que involucren a los medicamentos en general, medicamentos biológicos, medicamentos que contengan sustancias catalogadas sujetas a fiscalización y productos naturales procesados de uso medicinal que poseen registro sanitario nacional, que se fabriquen y comercialicen en el país; así como aquellos importados, los autorizados por excepción o los que ingresan del extranjero por homologación.
- b. Se dará prioridad a las reacciones adversas graves y a medicamentos de reciente comercialización en el país, es decir medicamentos nuevos.

3.6. NOTIFICADORES

Se considera que un notificador, es todo miembro del Sistema Nacional de Farmacovigilancia que haya notificado una sospecha de evento adverso a un medicamento en general, medicamento biológico, medicamento que contengan sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, o producto natural procesado de uso medicinal.

El Sistema Nacional de Farmacovigilancia, está integrado por:

1. El Ministerio de Salud Pública;
2. La Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria - ARCSA;
 - a. Centro Nacional de Farmacovigilancia,
 - b. Unidades Zonales de Farmacovigilancia,
 - c. Comité de Expertos Externos de la ARCSA.
3. Establecimientos del Sistema Nacional de Salud, correspondientes a la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria;
4. Establecimientos Farmacéuticos;
5. Titulares del Registro Sanitario;
6. Profesionales de salud;
7. Centros de Investigación Clínica e Investigadores de Ensayos Clínicos;
8. Otras Instituciones como: Universidades, Centros de Información de Medicamentos, Centros de Información Toxicológica, Colegios de Profesionales de la Salud, Asociaciones de Profesionales de la Salud, Asociaciones de pacientes;
9. Pacientes.

| | | | |
|---|---|-------------------------------|------------------|
|  | NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS PARA ESTABLECIMIENTOS DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD, RED PRIVADA, PROFESIONALES DE SALUD Y PACIENTES | CÓDIGO | IE-B.5.1.8-MG-01 |
| | | VERSIÓN | 3.0 |
| | | Página 21 de 23 | |

Un notificador puede ser:

1. Todos los profesionales de la salud: (médicos, químicos farmacéuticos o bioquímicos farmacéuticos, odontólogos, enfermeros, obstetras, tecnólogos médicos, entre otros);
2. El Secretario/a Técnico/a de la Comisión Técnica de Farmacovigilancia de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, correspondientes a la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria de los niveles 2 y 3;
3. Los pacientes o familiares de los pacientes que experimenten una reacción adversa a medicamentos que en su opinión ha sido provocado o agravado por el uso de un medicamento, podrán reportarlo por sí mismos o informarlo a su médico o farmacéutico para que este realice el reporte a la ARCSA.
4. Los Centros de Investigación Clínica e Investigadores de Ensayos Clínicos, quienes deberán notificar obligatoriamente al área responsable de Ensayos Clínicos de la ARCSA los eventos adversos serios (EAS); así como las reacciones adversas graves e inesperadas (RAGI).
5. Instituciones de Educación Superior, Centros de Información Toxicológica, Asociaciones de Profesionales de la Salud y Asociaciones de pacientes.

3.7. PERIODICIDAD

Los Establecimientos de Salud o los profesionales de Salud deberán notificar los eventos adversos graves sean estos esperados o inesperados como máximo 48 horas después de conocido el evento; mientras que los no graves sean estos esperados o inesperados deberán ser notificados durante los 5 días posteriores de conocido el evento;

4. GLOSARIO

- **Confidencialidad.** Respeto del secreto de la identidad de la persona para la que se ha notificado una sospecha de reacción adversa al Centro Nacional de Farmacovigilancia y que se extiende a toda la información de carácter personal o médico. De forma similar, se mantendrá la confidencialidad de la información personal relativa a los profesionales notificadores.
- **Error de medicación o error médico (EM).** Evento prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a la utilización inapropiada de los medicamentos en general, medicamentos biológicos, medicamentos que contengan sustancias catalogadas sujetas a fiscalización y productos naturales procesados de uso medicinal cuando se encuentran bajo el control de los profesionales de la salud o del paciente o de quien los usa. Estos errores pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los productos, procedimientos o con los sistemas. Incluyen los fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización de los medicamentos en general, medicamento que contengan sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, medicamentos biológicos y productos naturales procesados de uso medicinal.
- **Evento Supuestamente Atribuible a la Vacunación o Inmunización (ESAVI).** Manifestaciones clínicas o evento adverso que ocurre después de la vacunación y es supuestamente atribuido a la vacunación e inmunización.

| | | | |
|---|---|-------------------------------|------------------|
|  <p>Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria</p> | NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS PARA ESTABLECIMIENTOS DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD, RED PRIVADA, PROFESIONALES DE SALUD Y PACIENTES | CÓDIGO | IE-B.5.1.8-MG-01 |
| | | VERSIÓN | 3.0 |
| | | Página 22 de 23 | |

- **Evento Adverso (EA):** llamado también acontecimiento adverso, todo episodio médico desafortunado que puede presentarse durante el tratamiento con un medicamento en general, medicamento biológico, medicamento que contengan sustancias catalogadas sujetas a fiscalización y productos naturales procesados de uso medicinal, pero que no tiene relación causal necesaria con el tratamiento.

Aunque se observa coincidencia en el tiempo, no se sospecha que exista relación causal. De acuerdo a su intensidad o gravedad pueden ser graves y no graves.

En base a su aparición puede ser:

- ▶ **Evento adverso grave (EAG).** Es cualquier acontecimiento adverso que a cualquier dosis, produzca la muerte, amenace la vida del sujeto, haga necesaria la hospitalización o la prolongación de ésta, produzca discapacidad o condición discapacitante, o dé lugar a una anomalía o malformación congénita.
 - ▶ **Evento adverso esperado listado.** Aquel cuya naturaleza y grado de intensidad ha sido previamente observado y documentado en el prospecto para el medicamento o producto natural procesado de uso medicinal en estudio.
 - ▶ **Evento adverso inesperado no listado.** Cualquier Evento Adverso que no ha sido previamente observado ni reportado en el prospecto.
- **Falla terapéutica (FT).** Falla inesperada de un medicamento en producir el efecto previsto, como lo determinó previamente una investigación científica. Toda falla terapéutica es catalogada como Evento Adverso Grave.
- **Ficha Blanca.** Es el formulario o ficha de color blanco donde se registran las sospechas de los eventos adversos supuestamente atribuibles a vacunación e inmunización -ESAVI.
- **Medicamento biológico.** Producto o medicamento de uso y consumo humano obtenido a partir de microorganismos, sangre u otros tejidos, cuyos métodos de fabricación pueden incluir uno o más de los siguientes elementos:
 - Crecimiento de cepas de microorganismos en distintos tipos de sustratos.
 - Empleo de células eucariotas.
 - Extracción de sustancias de tejidos biológicos, incluidos los humanos, animales y vegetales.
 - Los productos obtenidos por ADN recombinante o hibridomas.
 - La propagación de microorganismos en embriones o animales, entre otros.

Son considerados medicamentos biológicos:

- Vacunas, alérgenos de origen biológico y sueros inmunes;
- Hemoderivados procesados y afines;
- Medicamentos biotecnológicos y biosimilares, y
- Otros que la autoridad sanitaria determine, previo al cumplimiento de los requisitos establecidos para su categorización.

| | | | |
|---|---|-------------------------------|------------------|
|  <p>Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria</p> | NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS PARA ESTABLECIMIENTOS DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD, RED PRIVADA, PROFESIONALES DE SALUD Y PACIENTES | CÓDIGO | IE-B.5.1.8-MG-01 |
| | | VERSIÓN | 3.0 |
| | | Página 23 de 23 | |

- **Notificación espontánea.** Método empleado en farmacovigilancia que consiste en el reporte de las notificaciones de eventos adversos que hacen los miembros del Sistema Nacional de Farmacovigilancia, a través de la ficha blanca o la tarjeta amarilla.
- **Notificador.** Todo miembro del Sistema Nacional de Farmacovigilancia que haya notificado una sospecha de evento adverso a un medicamento en general, medicamento biológico, medicamento que contengan sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, o producto natural procesado de uso medicinal.
- **Reacción Adversa a los Medicamentos (RAM).** Respuesta a un medicamento que es nociva y no intencionada, y que se produce a la dosis utilizada normalmente en los seres humanos. Pueden distinguirse en base a su intensidad en graves y no graves; entre las no graves tenemos las leves y las moderadas:
 - a. **Leve:** Manifestaciones clínicas poco significativas o de baja intensidad, que no requieren ninguna medida terapéutica o que no justifican suspender el tratamiento.
 - b. **Moderada:** Manifestaciones clínicas importantes, sin amenaza inmediata para la vida del paciente pero que requieren medidas terapéuticas o la suspensión de tratamiento.
 - c. **Grave:** También conocidas como severas, son las que producen la muerte, amenazan la vida del paciente, producen incapacidad permanente o sustancial, requieren hospitalización o prolongan el tiempo de hospitalización, producen anomalías congénitas o procesos malignos.
- **Tarjeta amarilla.** Es el formulario o ficha de color amarillo donde se registran las sospechas de las reacciones adversas, fallas terapéuticas y errores de medicación.
- **E reporting:** sistema online, proporcionado por el Centro Nacional de Farmacovigilancia (CNFV) para facilitar el reporte de casos individuales de sospechas de reacciones adversas a medicamentos por parte del profesional de la salud, permitiendo que esta información llegue al Centro Nacional de Farmacovigilancia en tiempo real.

5. ANEXOS

Anexo 1: Guía de usuario “Obtención del link de eReporting para las notificaciones de sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos u otros Productos Farmacéuticos”.



Agencia Nacional
de **Regulación, Control
y Vigilancia Sanitaria**

ANEXO 1: GUÍA EXTERNA

***Obtención del link de eReporting para las
Notificaciones de Sospechas de
Reacciones Adversas a Medicamentos u
otros Productos Farmacéuticos.***

Versión [1.0]

Marzo, 2018

CONTENIDO

| | |
|--|---|
| 1. OBJETIVO DE LA GUÍA | 2 |
| 2. REQUISITOS PARA OBTENCIÓN DE eREPORTING | 2 |
| 3. PROCEDIMIENTO..... | 2 |



1. OBJETIVO DE LA GUÍA

Describir el procedimiento para la obtención del Link de **eReporting** para facilitar el reporte de casos de sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos u otros Productos Farmacéuticos por parte de los Establecimientos de Salud y Titulares de Registro Sanitario.

2. REQUISITOS PARA OBTENCIÓN DE eREPORTING

- 2.1 Copia de la conformación del Comité de Farmacovigilancia para establecimientos de salud con internamiento, o copia documento de designación como responsable de Farmacovigilancia para establecimientos de salud sin internamiento y establecimientos farmacéuticos, según corresponda.
- 2.2 Solicitud de Transmisión Electrónica de notificaciones de sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos u otros Productos Farmacéuticos (ver Formato **FE-B.5.1.8-MG-01-01**), dirigida a Dirección Técnica de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y Vigilancia de Productos Sanitarios.
- 2.3 Carta de compromiso (ver Formato **FE-B.5.1.8-MG-01-02**) debidamente llenados por el Presidente del Comité de Farmacovigilancia/Director del Establecimiento de Salud/Director Técnico del Establecimiento Farmacéutico, según corresponda.

3. PROCEDIMIENTO

- 3.1 La institución o el profesional de la salud designado, debe escanear todos los documentos (requisitos mencionados en el índice 2) y enviarlos a la Dirección Técnica de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y Vigilancia de Productos Sanitarios, a través del correo electrónico farmaco.vigilancia@controlsanitario.gob.ec
- 3.2 Una vez recibido los documentos por el Centro Nacional de Farmacovigilancia (CNFV), mediante correo solicitará a la institución o al profesional de la salud designado, realizar pruebas de envío de Sospechas de Reacciones Adversas a medicamentos (RAM) a través de un link provisional, proporcionado por el CNFV.
- 3.3 De resultar exitosa la prueba de envío de notificaciones el CNFV proporcionará el link oficial del eReporting al correo electrónico del profesional de la salud designado en el plazo de 72 horas.
- 3.4 En caso de que se produzcan cambios en los profesionales de la salud encargados de la transmisión electrónica de notificaciones, debe ser comunicado al CNFV oportunamente, adjuntando la carta de compromiso actualizada.
- 3.5 Una vez asignado el link la institución o profesional de salud podrá realizar las notificaciones mediante eReporting siguiendo el procedimiento según se indica en el instructivo Externo "Notificación de Eventos Adversos a Medicamentos para Establecimientos de la Red Pública Integral de Salud, Red Privada, Profesionales de Salud y Pacientes" (**ver IE-B.5.1.8-MG-01**).



**SOLICITUD DE TRANSMISIÓN ELECTRÓNICA DE NOTIFICACIONES DE SOSPECHAS DE REACCIONES
ADVERSAS A MEDICAMENTOS U OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS AL CENTRO NACIONAL
DE FARMACOVIGILANCIA**

Sr(a): _____

Director(a) Técnico de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y Vigilancia de Productos Sanitarios.

Por la presente, _____

(Nombre del Establecimiento de Salud/Establecimiento Farmacéutico)

Solicito realizar la transmisión electrónica de notificaciones de sospechas de reacciones adversas a medicamentos u otros productos farmacéuticos al Centro Nacional de Farmacovigilancia a través de **eReporting**.

Asimismo, comunico que los siguientes profesionales de la salud estarán encargados de la transmisión electrónica de notificaciones de sospechas de reacciones adversas a medicamentos u otros productos farmacéuticos:

| Nombre y Apellidos | Profesión | Teléfono | Correo electrónico institucional |
|--------------------|-----------|----------|----------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Fecha: _____, _____, _____.

Firma y sello
Presidente del comité de Farmacovigilancia/
Director del Establecimiento de Salud/
Director Técnico del establecimiento Farmacéutico



CARTA DE COMPROMISO

Yo, _____ con Cl. N°: _____

(Nombres y apellidos)

Coordinador de la Comisión de Farmacovigilancia/Director Médico/Director Técnico del
Establecimiento Farmacéutico de _____

(Nombre del Establecimiento de Salud)

Me comprometo a:

1. Que el link de eReporting brindado por el Centro Nacional de Farmacovigilancia (CNFV) sea usado por los profesionales de la salud designados para la notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos u otros productos farmacéuticos bajo condiciones de confidencialidad.

2. Que no se divulga o autorice a terceras personas o instituciones el link de eReporting para la notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos u otros productos farmacéuticos, a menos que sea para las actividades de farmacovigilancia.

Si por algún motivo faltase a cualquiera de mis compromisos, acepto mi responsabilidad por cada uno de mis actos y sus posibles consecuencias.

Fecha _____, _____, _____

Firma y sello

