



Nº 0030-DE-HONADOMANI-2

Resolución Directoral

Lima 02 de Febrero de 2012

Visto, el Expediente N° 17073-11.

CONSIDERANDO:

Que, mediante Acta de Reunión de fecha 14 de Diciembre de 2011, los miembros del Comité Farmacoterapéutico indican que se ha finalizado con la revisión de la "Directiva Sanitaria para el manejo adecuado de Antimicrobianos Restringido" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", habiéndose realizado las modificaciones sugeridas por la Responsable de Evaluación de la Calidad de la Oficina de Gestión de la Calidad mediante Informe N° 065-2011-Resp.ECS-OGC-HONADOMANI/SB; razón por la cual concluyen que se remita el documento normativo en mención a la Sub-Dirección General para su aprobación mediante la Resolución Directoral correspondiente;

Que, mediante Nota Informativa N° 050.CF.HONADOMANI.SB.2011, el Presidente del Comité Farmacoterapéutico, en cumplimiento a lo acordado por los miembros del mismo, mediante Acta de Reunión de fecha 14 de Diciembre de 2011, remite a la Oficina de Gestión de la Calidad, la citada Directiva Sanitaria, debidamente visada, para su evaluación y aprobación mediante Resolución Directoral, cuyo objetivo es "Estandarizar y normar el Uso Racional de Antimicrobianos de uso restringido en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", la misma que como documento normativo cumple con la estructura mínima y contenido establecido en el artículo 6.1.2 de la Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA que aprueba las "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud";

Que, mediante Nota Informativa N° 187-2011-OGC-HONADOMANI-SB, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite el Informe N° 068-2011-Resp.ECS-OGC-HONADOMANI/SB, emitido por la Responsable de Evaluación de la Calidad, por el cual manifiesta que el citado documento normativo cuenta con opinión favorable por contener los criterios mínimos establecidos, recomendando por ello que se eleve el referido informe a la Sub Dirección General y a su vez a la Dirección General para la emisión de la Resolución Directoral respectiva que apruebe la citada Directiva Sanitaria;

Que, mediante Oficio N° 002.SDG.HONADOMANI.SB.2012, el Sub Director General solicita al Director General la aprobación vía Resolución Directoral de la "Directiva Sanitaria para el Manejo Adecuado de Antimicrobianos Restringido", elaborado por el Comité Farmacoterapéutico, toda vez que cuenta con opinión favorable de la Oficina de Gestión de la Calidad;

Que, estando a lo solicitado por el Presidente del Comité Farmacoterapéutico, resulta necesario aprobar el citado documento normativo a fin de contribuir en la mejora continua en el uso de los antimicrobianos de uso restringido, así como su prescripción en los pacientes del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

Con las visaciones de la Sub Dirección General y de las Oficinas de Gestión de la Calidad y de Asesoría Jurídica;



En uso de las atribuciones conferidas por el artículo 11° inciso c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM;



SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar la "DIRECTIVA SANITARIA PARA EL MANEJO ADECUADO DE ANTIMICROBIANOS RESTRINGIDO" DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOMÉ", la cual consta de veintinueve (29) folios, que forma parte de la presente Resolución Directoral.

Artículo Segundo.- Disponer que el Comité Farmacoterapéutico se encargue de la difusión, implementación, revisión y actualización de la "DIRECTIVA SANITARIA PARA EL MANEJO ADECUADO DE ANTIMICROBIANOS RESTRINGIDO" DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOMÉ", aprobada en el artículo primero de la presente Resolución Directoral en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

Artículo Tercero.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática publique la "DIRECTIVA SANITARIA PARA EL MANEJO ADECUADO DE ANTIMICROBIANOS RESTRINGIDO" DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOMÉ", aprobada en el artículo primero de la presente Resolución Directoral, en la dirección electrónica www.sanbartolome.gob.pe del portal de Internet del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

Regístrese y Comuníquese

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO
"SAN BARTOLOMÉ"

DR. JULIO CANO CARDENAS
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 62728

JCC/AAC/ASP
cc.

- SDG
- OGC
- OAJ
- OEI
- Pdte. Comité Farmacoterapéutico
- Archivo

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME	
DIRECTIVA SANITARIA PARA EL MANEJO ADECUADO DE ANTIMICROBIANOS RESTRINGIDO	CODIGO: CF-001 VERSION: 02 NOV /2011 VIGENCIA 2011-2013

II FINALIDAD:

Contribuir en la mejora continua en el Uso de los Antimicrobianos de Uso Restringido; así como su prescripción en los pacientes del Hospital San Bartolomé.

III OBJETIVO:

Estandarizar y normar el Uso Racional de Antimicrobianos de uso restringido en el HONADOMANI San Bartolomé.

iii-1 OBJETIVOS GENERALES:

Mejorar la prescripción adecuada de Antimicrobianos de Uso Restringido, para evitar la Resistencia Antimicrobiana en el Hospital San Bartolomé.

III-2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Uso correcto en un 80% de las prescripciones de Antimicrobianos de Uso Restringido mediante la validación de la Receta

Disminución de Resistencia Antibiótico en un 10% en relación al año anterior para Gram Negativos.

Evitar aparición de la Resistencia a Vancomicina de los Gram Positivos

IV AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva es de aplicación en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé", donde se desarrollará actividades de evaluación para la mejora de la prescripción del Uso de Antimicrobianos.

V BASE LEGAL

- Ley N° 26842: Ley general de Salud.
- R.M. N° 367-2005/MINSA. Modificatoria del Reglamento del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico Quirúrgicos-SISMED.
- R.M. N° 677 - 2005/MINSA. Red Nacional de Establecimientos de Salud que cuenten con Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria en el ámbito del Sector Salud. Del 05 de setiembre del 2005.

HONADOMANI "SAN BARTOLOME"
OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA

061 021 12
RECIBIDO
Hora: 13:50 FIRMA: 

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO
"SAN BARTOLOME"

91

ENTRADO LOGAR JRM/JO

Unidad de Gestión Gerencial

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME	
DIRECTIVA SANITARIA PARA EL MANEJO ADECUADO DE ANTIMICROBIANOS RESTRINGIDO	CODIGO: CF-001 VERSION: 02 NOV /2011 VIGENCIA 2011-2013

- **DS N° 013-2006** Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo según artículo N° 35.
- **R.M. N° 062-2010/MINSA.** Petitorio Nacional de Medicamentos.
- **R.D N°109-DG-HONADOMANI-SB:** Lista de Medicamentos Antimicrobianos de Uso Restringido Hospital San Bartolomé.
- **DS N° 018-2011-SA** Disposiciones para el control de calidad y el suministro de información sobre medicamentos.
- **RM N° 540-2011/MINSA** Norma Técnica de Salud para la utilización de medicamentos no considerados en el Petitorio Nacional Unico de Medicamentos Esenciales que reemplaza a la Resolución Ministerial N° 645-2006/MINSA.

VI DISPOSICIONES GENERALES

Antimicrobianos de Uso Restringido: Son aquellos medicamentos que para ser usados requieren de la autorización del Comité de Control de Infecciones Intrahospitalarias según el inciso 5.4, Restricciones de uso (R2), del Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales vigente (Ver listado N° anexo 1).

Verificación de una receta: Acto de dar conformidad, respecto a la prescripción de la receta, la cual debe cumplir con los requisitos solicitados en la misma.

Validación de una receta: Acto de confirmar que, la indicación prescrita en la receta es el indicado para el antimicrobiano de uso restringido (Ver listado Anexo N°1) prescrito por el médico, para tratamientos mayores a 48 horas.

VII DISPOSICIONES ESPECIFICAS

En pacientes hospitalizados (Anexo N°4):

El profesional Químico farmacéutico, verificará y validará la Receta Unica Estandarizada prescrita por el médico si cumple con las siguientes condiciones el Anexo N° 01.

- Si el tratamiento es menor a 48 horas, el personal de farmacia de hospitalización dispensará la receta.
- Si la duración del tratamiento es mayor a 48 horas la receta es validada por el Comité de Infecciones Intrahospitalarias, si la indicación corresponde al antimicrobiano según el Anexo N°01, se emitirá Anexo

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO
"SAN BARTOLOME"

DR. WILSON INCAR ARMIJO
Comité Farmacoterapéutico

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME	
DIRECTIVA SANITARIA PARA EL MANEJO ADECUADO DE ANTIMICROBIANOS RESTRINGIDO	CODIGO: CF-001 VERSION: 02 NOV /2011 VIGENCIA 2011-2013

N° 02 por duplicado, quedando en la historia clínica una (01) copia, y otra será entregada al Químico farmacéutico, para la dispensación de las próximas dosis, por la farmacia de hospitalización. Si la indicación no justifica el Comité de Infecciones Intrahospitalarias, coordinará con el médico prescriptor para el uso de medicamento alternativo, el cual será informado en el Anexo N° 02, quedando copia en la historia clínica del paciente.

En pacientes de consultorio externo (Anexo N° 5): Personal de Farmacia de Emergencia, verifica y valida receta según Anexo N°01 Si el diagnóstico NO corresponde a las indicaciones pre-aprobadas NO se dispensará el antimicrobiano de uso restringido.

En pacientes de emergencia (Anexo N° 6): Si el diagnóstico NO corresponde a las indicaciones pre-aprobadas (Ver anexo 1), se dispensará el antimicrobiano de uso restringido y farmacia informará al Comité de Control de Infecciones Intrahospitalarias para su evaluación y toma de medidas correctivas.

VIII RESPONSABILIDAD

- El prescriptor es el responsable de la prescripción de antimicrobianos de reserva de acuerdo a esta Directiva, donde toda la receta (RUS) debe cumplir las Buenas Prácticas de Prescripción (Anexo 1).
- El Servicio de Farmacia notificará al Comité de Control de Infecciones Intrahospitalarias el uso de antimicrobianos de reserva sin indicación pre-aprobadas para su evaluación.
- El Servicio de farmacia presentará un informe semestral del uso de antibióticos de uso restringido.
- El Comité de Control de Infecciones Intrahospitalarias autorizará el uso de antimicrobianos de reserva en el formato de control (Anexo 2) para luego entregarlo a farmacia.
- El Comité Farmacoterapéutico, regulará y velará por el cumplimiento de las normas establecidas para el uso de los Antimicrobianos de Reserva.
- Todo el personal de Salud del Hospital deberá notificar en la Hoja Amarilla Reacciones Adversa Medicamentosa del Antimicrobiano de Uso Restringido (RAM), en un plazo máximo de 72 horas, al Comité de Farmacovigilancia, Jefatura de Farmacia, ó Comité Farmacoterapéutico.

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME	
DIRECTIVA SANITARIA PARA EL MANEJO ADECUADO DE ANTIMICROBIANOS RESTRINGIDO	CODIGO: CF-001 VERSION: 02 NOV /2011 VIGENCIA 2011-2013

IX DISPOSICIONES FINALES

- La presente Directiva Sanitaria para el Manejo Adecuado de Antimicrobianos Restringido en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé" será actualizado cada 2 años según corresponda.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO
"SAN BARTOLOME"

97
RICAR ARRIAZO
Jefe de Farmacología

ANEXO N° 01

N°	ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO		
1	Aciclovir 250mg. Iny		
	DIAGNOSTICO	CIE	GRADO DE INDICACION
	Encefalitis debida a Herpes Zoster	B020	1era
	Encefalitis debido a varicela	B011	2da
	Herpes genital	A600	3era
	Herpes gestacional	O264	3era
	Herpes zoster diseminado	B027	3era
	Infección anogenital por virus del herpes simple	A609	3era
	Infección de la piel perianal y recto por virus de herpes	A601	3era
	Infección debida al virus Herpes, no especificado(HSV Neonatal)	B009	1era
	Infecciones congénitas por virus del Herpes simple	P352	1era
	Meningitis debida a Herpes zoster	B021	3era
	Meningitis debido a varicela	B010	2da
	Neumonía debido a varicela	B012	2da
	Varicela con otras complicaciones	B018	2da
2-3	Amoxicilina+Ac.Clavulánico 500mg/125mg. Tab Amoxicilina + Ac. Clavulánico 250mg/62.5mg Susp		
	DIAGNOSTICO	CIE	GRADO DE INDICACION
	Mordedura de perro o gato (Pausterella multocida)	W549	2da
	Neumonía, no especificada(persistente luego de uso de Amoxicilina)	J18.9	1era
	Otitis media aguda supurativa	H660	1era
	Pansinusitis crónica	J324	1era
4	Amfotericina B 50mg. Iny		
	DIAGNOSTICO	CIE	GRADO DE INDICACION
	Candidiasis no especificada(resistente a fluconazol)	B379	1era
	Septicemia debido a Candida	B377	2da
5	Ampicilina+Sulbactam 1g+500mg Iny		
	DIAGNOSTICO	CIE	GRADO DE INDICACION
	Mordedura de perro o gato (Pausterella multocida)	W549	2da
	Neumonía, no especificada(persistente luego de uso de Amoxicilina)	J18.9	1era
	Otitis media aguda supurativa	H660	1era
	Pansinusitis crónica	J324	1era

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL REGIONAL DE QUINUA

97

ANEXO Nº 01

Nº	ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO		
6-7	Azitromicina 200mg/5ml, Sus y Azitromicina 500mg Tab		
	DIAGNOSTICO	CIE	GRADO DE INDICACION
	Enfermedad de los legionarios(a legionella)	A481	1era
	Enfermedad de rasguño de gato	A281	1era
	Enfermedad Inflamatoria Pélvica	N739	1era
	Neumonía debida a clamidias	J160	1era
	Neumonía debida a Mycoplasma pneumoniae	J157	1era
	Otitis media aguda supurada	H660	2da
	Síndrome de Bubon inguinal	A64X1	2da
	Síndrome de cervicitis	A64X2	2da
	Síndrome de úlcera genital	A64X4	2da
	Neumonía debida a Mycoplasma pneumoniae	J157	3era
	Sífilis no venerea	A65X	2da
	Síndrome de dolor abdominal bajo	A64X5	2da
	Síndrome de secreción uretral	A64X6	2da
8	Cefotaxima 500mg, Iny		
	DIAGNOSTICO	CIE	GRADO DE INDICACION
	Gastrosquiasis (primaria por peritonitis meconial)	Q793	1era
	Meningitis bacteriana no especificada	G009	4ta
	Meningitis meningococica	A390	2da
	Meningitis neumococica	G001	4ta
	Meningitis por hemofilos	G000	2da
	Meningitis y meningococosis listeriana	A321	2da
	Otras meningitis bacterianas	G008	4ta
	Quemadura de segundo grado	T302	2da
	Sepsis bacteriana del RN, no especificada	P369	1era
	Sepsis puerperal(endometritis post parto)	O85X	3era
9	Ceftazidima 1g, Iny		
	DIAGNOSTICO	CIE	GRADO DE INDICACION
	Atresia esofagica(asociado a mediastinitis)	Q391	2da
	Infecciones urinarias, sitio no especificado	N390	3era
	Neumonía grave	J1891	2ca
	Onfalecele con saco roto, gastrosquiasis secundaria asociado a peritonitis	Q793	1era
	Sepsis debida a otros organismos gram negativos	A415	2da
	Sepsis puerperal (endometritis post parto)	O85X	2da
	Septicemia debida a H. influenzae	A413	1era
	Septicemia debida a S. neumoniae	A403	1era
	septicemia no especificada	A419	1era
	Otras meningitis bacterianas	G009	2da
10	Cefoperazona+Sulbactam 1g+500mg Iny		
	DIAGNOSTICO	CIE	GRADO DE INDICACION
	Mordedura de perro o gato (Pausterella multocida)	W549	2da
	Neumonía, no especificada(persistente luego de uso de Amoxicilina)	J18.9	2da
	Otitis media aguda supurativa	H660	2da
	Pansinusitis crónica	J324	2da

ANEXO Nº 01

Nº	ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO		
11-12	Ceftriaxona 1g. Iny y Ceftriaxona 250mg iny		
	DIAGNOSTICO	CIE	GRADO DE INDICACION
	Bacteremia oculta: Fiebre sin foco con T> 39°C con >20,000 leucocitos ó >1,500 abastionados	A403	1era
	Fiebre tifoidea	A010	3era
	Gonorrea	A549	1era
	Infección de la vejiga urinaria en el embarazo	O231	2da
	Infección de otras partes de las vías urinarias en el embarazo	O233	2da
	Infecciones de las vías urinarios consecutiva al parto	O862	2da
	Meningitis bacteriana no especificada	G009	1era
	Meningitis Hemofilos	G000	1era
	Meningitis Menigococica	A390	1era
	Meningitis neumococica	G001	1era
	Otras meningitis bacterianas	G008	1era
	Otras neumonias bacterianas	J158	3era
	Septicemia no especificada(por foco urinario)	A418	1era
13-14	Ciprofloxacino 200mg/100ml, Iny y Ciprofloxacino 500mg Tab		
	DIAGNOSTICO	CIE	GRADO DE INDICACION
	Enfermedad muy grave(gram negativos productoras de BLEE)	J1892	2da
	Fiebre tifoidea	A010	1era
	Infección de vías urinarias, sitio no especificado (germen resistente a sulfa+trimetoprim, cefalosporina de primera generación)	N390	1era
	Septicemia debida a H. influenzae	A413	2da
	Septicemia debida a Neumococo pneumonia	A403	2da
	Septicemia debida a otros organismos gram negativos (No Gestantes)	A415	2da
	Septicemia no especificada	A419	2da
	Sífilis no venerea	A65X	2da
	Síndrome de Bubon inguinal	A64X1	2da
	Síndrome de cervicitis	A64X2	2da
	Síndrome de dolor abdominal bajo	A64X5	2da
	Síndrome de secreción uretral	A64X6	2da
	Síndrome de ulcera genital	A64X4	2da
	Otras meningitis bacterianas	G009	2da
15	Colistina 100mg/2ml Iny		
	Sólo cuando se presenta casos de pseudomona multiresistente con cultivo positivo		
	PSEUDOMONAS (AERUGINOSA) (MALLEI) (PSEUDOMALLEI) COMO CAUSA DE ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTROS CA	B965	1era
	Neumonia debida a Pseudomonas	J151	1era
16-17	Claritromicina 250mg/5ml Liquido Oral (Fco) y Claritromicina 500mg Tab		
	DIAGNOSTICO	CIE	GRADO DE INDICACION
	Enfermedad de los legionarios(a legionella)	A481	1era
	Neumonia debida a clamidias	J160	1era
	Neumonia debida a Mycoplasma pneumoniae	J157	1era
	Otitis media aguda supurada	H660	2da
	TOS FERINA DEBIDA A BORDETELLA PERTUSSIS	A370	2da

MINISTERIO DE SALUD
 DENTEL EN
 TAB
 Dr. VALPARAISO LUCAS ARGENTINO
 Presidente del Comité Farmacológico

ANEXO Nº 01

Nº	ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO		
18-19-20	Fluconazol 50mg/5ml Sus, Fluconazol 150mg Tab, Fluconazol 2mg/ml 100ml Iny		
	DIAGNOSTICO	CIE	GRADO DE INDICACION
	Candidiasis de otras localizaciones urogenitales (renal o localizada)	B374	1era
	Candidiasis de otros sitios (oral que no responde a nistatina oral)	B378	1era
	Candidiasis no especificada	B379	2da
	Candidiasis vaginal	B373	1era
21	Ganciclovir 500mg Iny		
	DIAGNOSTICO	CIE	GRADO DE INDICACION
	MONONUCLEOSIS POR CITOMEGALOVIRUS	B271	1era
	INFECCIÓN CITOMEGALOVIRICA CONGENITA	P351	1era
	ENFERMEDAD POR VIH. RESULTANTE EN ENFERMEDAD POR CITOMEGALOV	B202	1era
22	Linezolid 2mg/ml Iny		
	Sólo cuando se presenta falla terapéutica a vancomicina Iny		
	DIAGNOSTICO	CIE	GRADO DE INDICACION
	Artritis piógena, no especificada	M009	1era
	Celulitis de los dedos de la mano y el pie	L030	1era
	Celulitis de sitios no especificados	L039	1era
	Osteomielitis hematógena aguda	M860	2da
	Osteomielitis no especificada	M869	2da
	Otras osteomielitis	M868	2da
	Otras osteomielitis aguda	M861	2da
	Otras septicemias especificadas	A418	2da
	Sepsis por estafilococo no especificado	A419	2da
	Septicemia debida a Estreptococcus pneumoniae(resistente a oxacilina cefalosporina y cloranfenicol)	A403	1era
	Septicemia debida a estreptococo. grupo D (enterococo, resistente a ampicilina)	A402	1era
	Septicemia debida a otro estafilococo especificado(estafilococo coagulasa negativo)	A411	1era
	Septicemia debida a Staphilococcus aureus(resistente a Oxacilina y clindamiciana)	A410	1era
	Otras meningitis bacterianas	G009	2da
23-24	Meropenem ó imipenem-cilastatina 500mg, Iny		
	DIAGNOSTICO	CIE	GRADO DE INDICACION
	Atresia esofágica con fistula traqueoesofágica	Q391	2da
	Enfermedad muy grave(gram negativos productoras de BLEE)	J1892	1era
	Infección de heridas quirúrgica obstétrica	O860	3era
	Neumonía debida a Pseudomonas	J151	1era
	Neumonía no especificada	J189	1era
	Sepsis puerperal(endometritis post parto)	O85X	3era
	Septicemia debida a H. influenzae	A413	1era
	Septicemia debida a Neumococo pneumonia	A403	1era
	septicemia debida a otros organismos gramnegativos (Acinetobacter baumannii)	A415	1era
	Septicemia, no especificada	A419	1era
	Otras meningitis bacterianas	G009	2da

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE LA CIUDAD DE LA PAZ

Dr. WALTER TORO ARMIJO

ANEXO N° 01

N°	ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO		
25	Metronidazol 500mg/100ml, Iny		
	DIAGNOSTICO	CIE	GRADO DE INDICACION
	Apendicitis aguda con peritonitis generalizada.	k350	2da
	Enterocolitis (crónica) ulcerativa	K510	3era
	Enterocolitis debida a Clostridium difficile	A047	3era
	Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	P77X	3era
	Giardiasis	A071	3era
	Sepsis de foco ginecológico y/o abdominal	A419	2da
	Septicemia debida a anaerobios	A414	1era
	Sífilis no venerea	A65X	1era
	Síndrome de Bubon inguinal	A64X1	1era
	Síndrome de cervicitis	A64X2	1era
	Síndrome de dolor abdominal bajo	A64X5	1era
	Síndrome de secreción uretral	A64X6	1era
	Síndrome de ulcera genital	A64X4	1era
26	Sulfametoxazol + trimetoprina, 400/80mg, Iny		
	DIAGNOSTICO	CIE	GRADO DE INDICACION
	Pneumonia por Pneumocystis carinii	B59X	2da
	Septicemia debida a otros organismos gram negativos (Stenotrophoma maltophilia)	A415	1era
27	Vancomicina como clorhidrato 500mg, Iny		
	DIAGNOSTICO	CIE	GRADO DE INDICACION
	Artritis piógena, no especificada	M009	1era
	Celulitis de los dedos de la mano y el pie	L030	1era
	Celulitis de sitios no especificados	L039	1era
	Osteomielitis hematogena aguda	M860	2da
	Osteomielitis no especificada	M869	2da
	Otras osteomielitis	M868	2da
	Otras osteomielitis aguda	M861	2da
	Otras septicemias especificadas	A418	2da
	Sepsis por estafilococo no especificado	A419	2da
	Septicemia debida a Streptococcus pneumoniae(resistente a oxacilina, cefalosporina y cloranfenicol)	A403	1era
	Septicemia debida a estreptococo, grupo D (enterococo, resistente a ampicilina)	A402	1era
	Septicemia debida a otro estafilococo especificado(estafilococo coagulasa negativo)	A411	1era
	Septicemia debida a Staphylococcus aureus(resistente a Oxacilina y clindamicina)	A410	1era
	Otras meningitis bacterianas	G009	2da

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL COCENDE MADRE-MIR
"SAN ESTEBAN"

Dr. WILSON LUIS ARRIETA
Especialista en Salud "Infectología"

ANEXO N° 2

FORMATO DE APROBACION DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO

I. DATOS DEL PACIENTE						
APELLIDOS Y NOMBRES	Dpto./Servicio	Cama:	Edad.	Sexo: M ()	Peso:	Gestante:(sem)
H.C			d/m/a/	F ()		
Fecha de ingreso Hospital (dd/mm/aa)-----/-----/-----	Enfermedades concomitantes: Ninguna () Cardíaca () Pulmonar () HTA () Otras (Especifique):					

- II. DATOS DE LOS ANTIMICROBIANOS: Lista de antimicrobianos de reserva
- | | | | | | |
|--|---|-------------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| (1) Aciclovir 250 mg. Iny. | (6) Azitromicina 200mg/5ml. Susp | (11) Ceftriaxona 1 g. Iny | (16) Claritromicina 250mg/5ml Líquido Oral (Fco) | (21) Ganciclovir 500mg Iny. | (26) Sulfametoxazol + Trimetoprina 400/80mg.Iny. |
| (2) Amoxicilina + Ac. Clavulánico 500mg/125 tab. | (7) Azitromicina 500mg. Tab. | (12) Ceftriaxona 250 mg. Iny | (17) Claritromicina 500mg Tab | (22) Linezojil 2mg/ml Iny. | (27) Vancomicina (como clorhidrato) 500mg.Iny |
| (3) Amoxicilina+ Ac. Clavulánico 250 mg/62mg. Sus. | (8) Cefotaxima 500 mg. Iny | (13) Ciprofloxacino 200mg/100ml.Iny | (18) Fluconazol 50mg/5ml.sus | (23) Meropenem 500mg.Iny. | |
| (4) Anfotericina B 50 mg. Iny | (9) Ceftazidima 1gr. Iny. | (14) Ciprofloxacino 500mg Tab ran. | (19) Fluconazol 150mg.Tab | (24) Imipenem-Cilastina 500mg.Iny | |
| (5) Ampicilina +Sulbactam 1g + 500mg Iny | (10) Cefoperazona + Sulbactam 1g + 500mg Iny. | (15) Colistina 100mg/2ml INY | (20) Fluconazol 2mg/ml 100ml, Iny. | (25) Metronidazol 500mg/100ml.Iny | |

III. AUTORIZACION DEL ANTIMICROBIANOS

Nº	ANTIMICROBIANOS	Fecha de inicio de Tto	Dosis (mg)	Intervalo	Via de Administración	Indicaciones	Autorización SI/NO Fecha y Firma	Autorizado hasta la fecha
1								
2								
3								
4								
5								

FIRMA Y SELLO DEL O.F

10

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO
"SAN BARTOLOME"
Dr. WILFREDO INDIAP
Presidente

REPORTE DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS

CONFIDENCIAL

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE
 EDAD SEXO: M o F o PESO HISTORIA CLINICA
 ESTABLECIMIENTO DE SALUD

PERSONA QUE NOTIFICA

MEDICO o ODONTOLOGO o OBSTETRIZ o FARMACEUTICO o ENFERMERA o OTRO
 NOMBRE
 DIRECCION
 TELEFONO FECHA

MEDICAMENTO(S) SOSPECHOSO(S)

NOMBRE COMERCIAL O GENERICO	LABORATORIO	LOTE	DOSIS DIARIA	VIA DE ADMINISTR.	FECHA INICIO	FECHA FINAL
MOTIVO DE LA PRESCRIPCION						

REACCIONES ADVERSAS SOSPECHADAS

REACCION ADVERSA	FECHA INICIO	FECHA FINAL	EVOLUCION (mortal, Se recuperó, continúa)

OTROS MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LOS ULTIMOS 3 MESES, INCLUYENDO AUTOMEDICACION

NOMBRE COMERCIAL O GENERICO	DOSIS DIARIA	VIA DE ADMINISTR.	FECHA INICIO	FECHA FINAL	INDICACION TERAPEUTICA

OBSERVACIONES ADICIONALES RELEVANTES:

.....

INSTRUCTIVO:

- La información de este reporte es absolutamente confidencial.
- Se considera una reacción adversa a medicamento (RAM), la respuesta nociva y no intencional que ocurre a dosis normalmente utilizadas del medicamento con fines profilácticos, de diagnóstico, tratamiento o modificación de una función fisiológica.
El abuso, la dependencia e interacciones pueden ser consideradas como RAM.
- Notifique todas las RAM, principalmente las ocasionadas por medicamentos de reciente introducción en el mercado y las reacciones graves o raras.
- Reporte como medicamento sospechoso el que considera que ha producido la RAM.
- Si el medicamento en sospecha es genérico, no deje de mencionar el laboratorio fabricante.
- Para casos de malformaciones congénitas notifique los fármacos tomados durante la gestación.
- No deje de notificar por desconocer una parte de la información que se solicita.
- No deje de indicar su teléfono y dirección, para contactarnos con Ud. si es necesario.

**SISTEMA PERUANO DE FARMACOVIGILANCIA
DISPOS. FIVOS LEGALES****Ley General de Salud – Ley N° 26842**

Artículo 34° : Los profesionales de salud que detecten reacciones adversas a medicamentos que revistan gravedad, están obligados a comunicarlas a la Autoridad de Salud de nivel nacional, o a quién ésta delegue, bajo responsabilidad.

Artículo 74° : La Autoridad de Salud de nivel nacional recoge y evalúa la información sobre reacciones adversas de los medicamentos que se comercializan en el país y adopta las medidas a que hubiere lugar en resguardo de la salud de la población.

DS 010-97-SA/DM. Aprueban el Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos y Afines

Artículo 136° : La DIGEMID conduce las acciones de Farmacovigilancia

La Farmacovigilancia se desarrolla a partir de:

- a) Información publicada en documentos oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Food and Drug Administration (FDA) y en la literatura científica.
- b) Información sobre diagnósticos de Reacción Adversa a Medicamentos (RAM) registrados en el país.
- c) Información local sobre efectos inesperados o tóxicos reportada por los fabricantes, distribuidores o dispensadores de medicamentos registrados en el país

Artículo 139° : Los efectos inesperados o tóxicos que conozcan los fabricantes nacionales, importadores, distribuidores o dispensadores de medicamentos registrados en el país, serán informados a la DIGEMID por el químico farmacéutico responsable del establecimiento.

Sustentada debidamente en reportes de farmacovigilancia, la DIGEMID podrá disponer la modificación de las condiciones aprobadas en el Registro Sanitario de un producto farmacéutico.

En tanto el titular del registro cumpla con efectuar las modificaciones pertinentes, se podrá ordenar la suspensión del Registro Sanitario del producto.

RD N° 354-99-DG-DIGEMID : Aprueba el Sistema Peruano de Farmacovigilancia, que incluye objetivos, estrategias, estructura y organización, métodos de evaluación de RAM, supervisión y monitoreo, recursos, etapas y la hoja de notificación para el reporte de sospecha de reacciones adversas a medicamentos por los profesionales de la salud.

RD N° 813-2000-DG-DIGEMID : Aprueba el Algoritmo de decisión para la evaluación de la relación de causalidad de una reacción adversa a medicamentos.

DS N° 018-2001-SA : Establecen Disposiciones para el control de calidad y el suministro de información sobre medicamentos.

Artículo 8° : El médico tratante o el personal de salud informarán bajo responsabilidad al Director del Establecimiento o a la Autoridad de Salud, según corresponda las RAM que diagnostiquen en sus pacientes dentro de las 72 horas posteriores al diagnóstico.

La información reportada por el médico tratante o el personal de salud, bajo responsabilidad del Director del Establecimiento o de la dependencia desconcentrada de salud, según corresponda, será puesta en conocimiento de la Autoridad de Salud en el término máximo de 48 horas.

DS N° 021-2001-SA : Aprueba el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos.

Artículo 22° : El regente es responsable de:

- k) Reportar las reacciones adversas medicamentosas que conozca, con arreglo a lo dispuesto en los Artículos 136° y 139° del Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos y Afines.

Anexo A – 6 (ANEXO N° 4)

Código N° **NOVIEMBRE 2011**

FICHA DE INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

(Código del Procedimiento)

(1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional)	---	(2) Oficina /Dirección (de 3° nivel organizacional)	COMITÉ DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS (CIH) COMITÉ FARMACOLOGICO
(3) Denominación del Procedimiento (Según inventario):		MANEJO ADECUADO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO EN HOSPITALIZACION	
(4) Objetivo del Procedimiento:	Uso racional de los antimicrobianos de uso restringido con la finalidad de disminuir la resistencia bacteriana en el hospital,	(5)Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días meses)	30 MIN

(6) SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO

N° Orden	ACTIVIDAD	TAREA	UNIDAD ORGÁNICA QUE EJECUTA LA TAREA
1	INICIO	visita médica evaluación del paciente	MEDICO DE
3	OPERACION	Prescripción de receta	MEDICO DE
4	OPERACION	verificación y validación de receta según Indicaciones Pre-aprobadas de antimicrobianos de uso restringido (Anexo N° 1)	QUIMICO FARMACEUTICO, INTERNO DE FARMACIA - DOSIS UNITARIA
5	OPERACION	SI diagnóstico figura en Anexo N° 1, se dispensa la receta por el tiempo indicado	TECNICODOSIS UNITARIA:
6	ENTREGA	Paciente recibe medicamento dispensado	QUIMICO FARMACEUTICO, INTERNOS DE FARMACIA- DOSIS UNITARIA
7	OPERACION	NO figura diagnóstico en Anexo N° 1, dispensa la receta para tratamiento diario y comunica al CIH	QUIMICO FARMACEUTICO, INTERNOS DE FARMACIA TECNICO : DOSIS UNITARIA
8	OPERACION	Evalúa el caso y genera Anexo N° 2 por duplicado, aprobando o desaprobando la receta	RESPONSABLE ASIGNADO DEL CIH SEGÚN R.D. N°109-DG-HS
9	ENTREGA	Si receta es aprobada, se dispensa lo solicitado	TECNICO DOSIS UNITARIA
10	ENTREGA	Paciente recibe medicamento recetado	QUIMICO FARMACEUTICO, INTERNO DE FARMACIA- DOSIS UNITARIA
11	OPERACION	Si receta no es aprobada, responsable del CIH ó Q.F. de Dosis Unitaria, coordina con el médico tratante, uso de medicamentos alternativos	RESPONSABLE ASIGNADO DEL CIH SEGÚN R.D. N°109-DG-HS QUIMICO FARMACEUTICO – DOSIS
12	OPERACION	Médico tratante prescribe nueva receta	MEDICO DE HOSPITALIZACION
13	ENTREGA	Una copia del Anexo N° 2, queda en la historia del paciente, y la otra copia se archiva en farmacia, para la dispensación de futuras dosis del antimicrobiano de uso restringido prescrito.	QUIMICO FARMACEUTICO- DOSIS UNITARIA

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCTOR MADRE-IBARRA
"SALVADORA OCHOA"
SALVADORA OCHOA

Dr. *[Firma]*
FARMACIA DE HOSPITALIZACION

14	ENTREGA	Notificará en el plazo máximo de 72 horas al Comité de Infecciones Intrahospitalarias, Comité Farmacoterapéutico o Jefatura de Farmacia, si hubiera una reacción adversa al antimicrobiano restringido en el reporte de sospecha de reacción adversa al medicamento (hoja amarilla) Anexo N°03	MEDICO/ENFERMERA DE HOSPITALIZACION
15	OPERACIÓN	Auditoria de los diagnósticos consignados por el médico tratante que han sido pre-aprobados y no han requerido anexo 2.	RESPONSABLE ASIGNADO DEL CIH SEGÚN R.D. N°109-DG-HS QUIMICO FARMACEUTICO - DOSIS UNITARIA

(7) Estadísticas del número de veces que se ha ejecutado el procedimiento en cada mes, durante los últimos 12 meses (Se utiliza en forma opcional):

Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

(8) Indicar las Normas legales que regulan el procedimiento y adjuntar copias

Referencia	Fecha de Publicación	Breve descripción del Asunto
RM N° 062-2010/MINSA	26 de Enero del 2010	PETITORIO NACIONAL UNICO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES
R.D 109-DG-HONADOMANI-SB-2007	23 de Junio 2006	LISTADO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME
Ley N° 26842	20 de Julio 1997	Ley general de Salud
RM N° 540-2011/MINSA	12 de Julio 2011	Norma Técnica de Salud para la utilización de medicamentos no considerados en el Petitorio Nacional Unico de Medicamentos Esenciales que reemplaza a la Resolución Ministerial N° 645-2006/MINSA.
DS N° 018-2011-SA		Disposiciones para el control de calidad y el suministro de información sobre medicamentos.

(8) Anotaciones adicionales:

Firma de Director o Responsable

Fecha

F-ORG-06.1

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO
"SAN BARTOLOME"

Dr. WALTER INGAR ARRIETA
Presidente del Comité Farmacoterapéutico

Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso (1):
 4. CONTROL DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS
 4.3 USO RACIONAL DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y AFINES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2):	MANEJO ADECUADO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO EN HOSPITALIZACION	FECHA (3):	NOVIEMBRE 2011
		CÓDIGO (4):	CLCF-001-MODIFICADO

PROPÓSITO (5)	Uso racional de los antimicrobianos de uso restringido con la finalidad de disminuir la resistencia bacteriana en el hospital.
ALCANCE (6)	De uso obligatorio en hospitalizados, así como para los programas que incluyan en su petitorio los antimicrobianos de reserva
MARCO LEGAL (7)	R.M. N° 367-2005/MINSA; R.M. N° 677-2005/MINSA; R.M. N° 414-2005 / MINSA, R.D. 109-DG-HONADOMANI-SB, R.M. N° 062-2010/MINSA, DS N° 018-2011-SA, RM N° 540-2011/MINSA

INDICADOR (8a)	INDICES DE PERFORMANCE (8)		
	UNIDAD DE MEDIDA (8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
DE USO DE TIEMPO ADECUADO	PORCENTAJE	1. RECETA UNICA ESTANDARIZADA 2. FORMATO DE APROBACION DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO (ANEXO N° 2)	1. COMITE DE INFECCIONES INTRAHOSPIT. 2. COMITE FARMACOLOGICO
% USO ADECUADO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO	PORCENTAJE	1. RECETA UNICA ESTANDARIZADA 2. FORMATO DE APROBACION DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO (ANEXO N° 2)	1. COMITE DE INFECCIONES INTRAHOSPIT. 2. COMITE FARMACOLOGICO
N° DE CURSOS DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO PRESCRITO MENORES A 48 HORAS	NUMERO	FORMATO DE APROBACION DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO (ANEXO N° 2)	1. COMITE DE INFECCIONES INTRAHOSPIT. 2. COMITE FARMACOLOGICO
N° DE NOTIFICACIONES EN HOJA AMARILLA REPORTADAS POR EL PERSONAL DE SALUD	NUMERO	FORMATO DE REPORTE DE SOSPECHA DE REACCION ADVERSA AL MEDICAMENTO (HOJA AMARILLA) Anexo N°03	MEDICO / ENFERMERA PRESCRIPTOR.

NORMAS (9)

R.M. N° 062-2010/MINSA: PETITORIO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESENCIALES

RM N° 540-2011/MINSA: Norma Técnica de Salud para la utilización de medicamentos no considerados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales que reemplaza a la Resolución Ministerial N° 645-2006/MINSA.

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)

MEDICO DE HOSPITALIZACION	visita médica evaluación del paciente
MEDICO DE HOSPITALIZACION	Prescripción de receta
QUIMICO FARMACEUTICO, INTERNO DE FARMACIA - DOSIS UNITARIA	verificación y validación de receta según Indicaciones Pre-aprobadas de antimicrobianos de uso restringido (Anexo N° 1)
TECNICO DOSIS UNITARIA	Si diagnóstico figura en Anexo N° 1, se dispensa la receta por el tiempo indicado
QUIMICO FARMACEUTICO, INTERNOS DE FARMACIA - DOSIS UNITARIA	Paciente recibe medicamento dispensado
QUIMICO FARMACEUTICO, INTERNOS DE FARMACIA TECNICO DOSIS UNITARIA	NO figura diagnóstico en Anexo N° 1, dispensa la receta para tratamiento diario y comunica al CIH
RESPONSABLE ASIGNADO DEL CIH SEGUN R.D. N°109-DG-HS	Evalúa el caso y genera Anexo N° 2 por duplicado, aprobando o desaprobando la receta
TECNICO DOSIS UNITARIA	Si receta es aprobada, se dispensa lo solicitado
QUIMICO FARMACEUTICO, INTERNO DE FARMACIA - DOSIS UNITARIA	Paciente recibe medicamento recetado
RESPONSABLE ASIGNADO DEL CIH SEGUN R.D. N°109-DG-HS, QUIMICO FARMACEUTICO - DOSIS UNITARIA	Si receta no es aprobada, responsable del CIH o Q.F. de Dosis Unitaria, coordina con el médico tratante, uso de medicamentos alternativos
MEDICO DE HOSPITALIZACION	Médico tratante prescribe nueva receta
QUIMICO FARMACEUTICO - DOSIS UNITARIA	Una copia del Anexo N° 2, queda en la historia del paciente, y la otra copia se archiva en farmacia, para la dispensación de futuras dosis del antimicrobiano de uso restringido prescrito.
MEDICO - ENFERMERA DE HOSPITALIZACION	Notificará en el plazo máximo de 72 horas al Comité de Infecciones Intrahospitalarias, Comité Farmacoterapéutico o Jefatura de Farmacia, si hubiera una reacción adversa al antimicrobiano restringido en el reporte de sospecha de reacción adversa al medicamento (hoja amarilla)

ENTRADAS (11)

NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA	SALA DE HOSPITALIZACION	DIARIO	MANUAL

SALIDAS (12)

NOMBRE (12a)	DESTINO (12b)	FRECUENCIA (12c)	TIPO (12d)
1.FORMATO DE APROBACION DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO (ANEXO N° 2)	1.QUIMICO FARMACEUTICO-TEC. DE FARMACIA 2.FARMACIA DE EMERGENCIA 3.PACIENTE	DIARIO	MANUAL
2.MEDICAMENTO			

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL COCOTE MAURICIO
"SAN ESTEBAN"

Dr. WILSON INIGAR ARMijo
Especialista en Salud Farmacoterapéutica

97

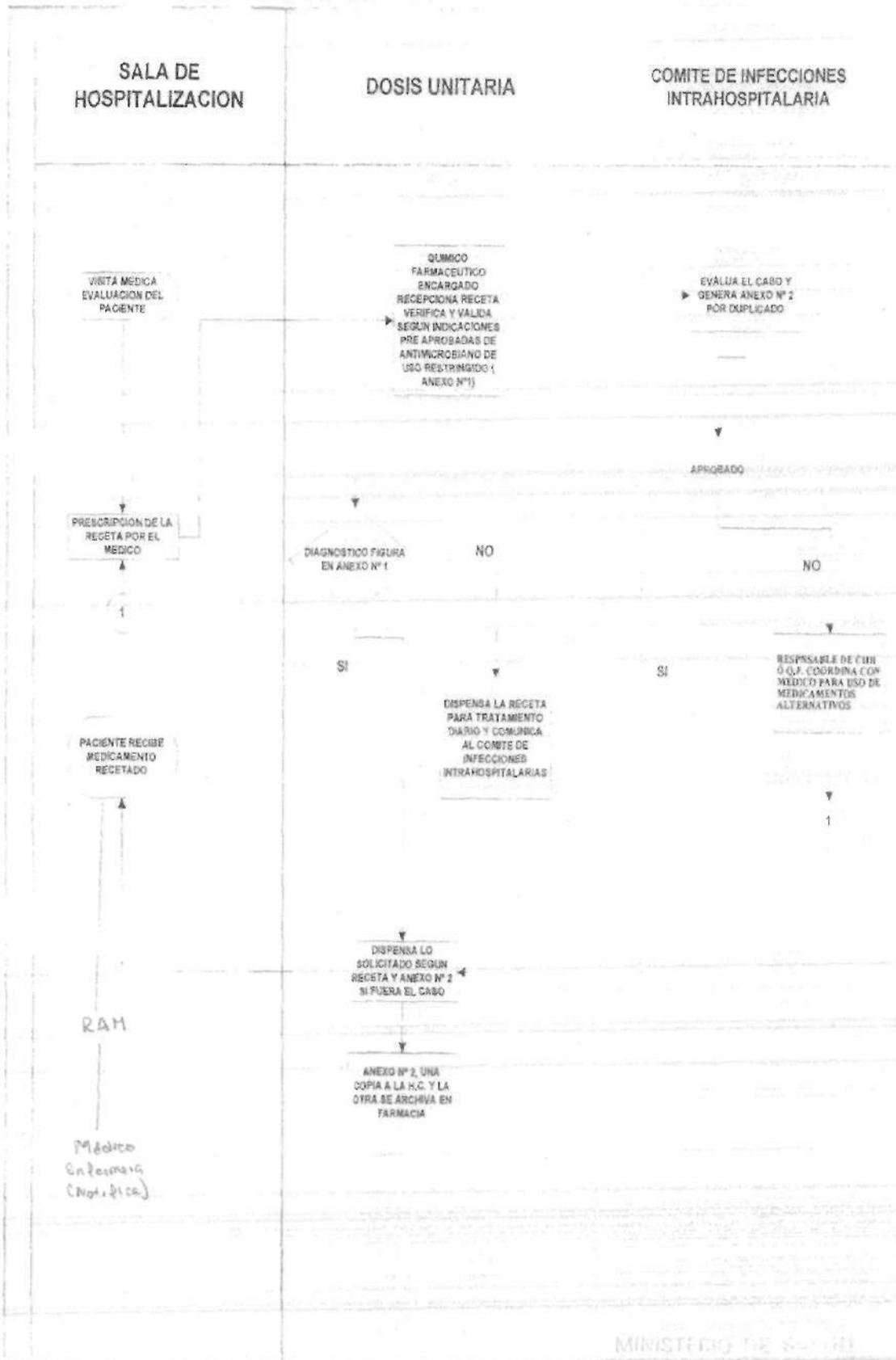
DEFINICIONES (13)	<p>Verificación de una receta: Acto de dar conformidad, respecto a la prescripción de la receta, la cual debe cumplir con los requisitos solicitados en la misma.</p> <p>Validación de una receta: Acto de confirmar, que, la indicación prescrita en la receta es el indicado para el antimicrobiano de uso restringido (Según el Anexo N°1) para tratamientos mayores a 48 horas</p> <p>Comité de Infecciones Intrahospitalarias: encargado de normar y vigilar el uso racional de los antimicrobianos de uso restringido, con el objetivo de controlar la resistencia bacteriana en el hospital, a través de los responsables</p> <p>Uso adecuado de antimicrobianos de uso restringido: está en relación a la indicación adecuada del médico, basado en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidad de germen aislado (Uso adecuado por sensibilidad) <p>Tiempo adecuado: de acuerdo a diagnóstico, excepciones evaluadas por Comité de Infecciones Intrahospitalarias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sepsis clínica con cultivos negativos en un plazo máximo 5 a 7 días probable germen intrahospitalario (Uso de tiempo adecuado) <p>Notificación de Sospecha de Reacción Adversa a Medicamentos(RAM): Informe de efectos inesperados a dosis normales administrados al paciente de antimicrobianos restringidos que se encuentran normados en esta Directiva</p> <p>Auditoria de los diagnósticos consignados por el médico tratante que han sido pre-aprobados y no han requerido anexo 2</p>
REGISTROS (14)	<p>RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA</p> <p>Formato de Aprobación de Antimicrobianos de Uso Restringido (ANEXO N° 2)</p> <p>Indicaciones pre-aprobadas de Antimicrobianos de Uso Restringido (ANEXO N° 1)</p> <p>PETITORIO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESENCIALES</p> <p>Formato de Reporte de Sospecha de Reacciones Adversas al Medicamento (HOJA AMARILLA) Anexo N°03</p>
ANEXOS (15)	<p>ANEXO N° 1: Indicaciones pre-aprobadas de antimicrobianos de uso restringido</p> <p>ANEXO N° 2: Formato de aprobación para tratamiento con antimicrobianos de uso restringido</p> <p>FLUJOGRAMA: Manejo Adecuado de Antimicrobianos de Uso Restringido en Emergencia</p> <p>Formato de Reporte de Sospecha de Reacciones Adversas al Medicamento (HOJA AMARILLA) Anexo N°03</p>

F-ORG-10.0

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO
"SAN BARTOLOME"

Dr. WILFRIDO INGAR ARMILLO
Presidencia del Comité de Farmacovigilancia

MANEJO ADECUADO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO EN HOSPITALIZACION



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL N° 1

SECRETARIA DE SALUD

Dr. [Firma]

Presidencia del Comité Farmacoterapéutico

Anexo A – 6 (ANEXO N° 5)

Código N°	NOVIEMBRE 2011
-----------	----------------

FICHA DE INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

(Código del Procedimiento)

(1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional)	COMITÉ DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS (CIH) COMITÉ FARMACOLOGICO	(2) Oficina /Dirección (de 3° nivel organizacional)	-----
--	--	---	-------

(3) Denominación del Procedimiento (Según inventario):	MANEJO ADECUADO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO EN CONSULTORIOS EXTERNOS
--	--

(4) Objetivo del Procedimiento:	Uso racional de los antimicrobianos de uso restringido con la finalidad de disminuir la resistencia bacteriana en el hospital,	(5)Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días meses)	30 MIN
---------------------------------	--	---	--------

(6) SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO

N° Orden	ACTIVIDAD	TAREA	UNIDAD ORGÁNICA QUE EJECUTA LA TAREA
1	INICIO	Paciente solicita atención	ADMISION
2	OPERACION	Atención del paciente	MEDICO DE CONSULTORIO EXTERNO
3	OPERACION	Prescripción de receta	MEDICO DE CONSULTORIO EXTERNO
4	OPERACION	Verificación y validación de receta según diagnósticos Pre-aprobados de antimicrobianos de uso restringido (Anexo N°1)	QUIMICO FARMACEUTICO, TECNICO FARMACIA DE EMERGENCIA
5	ENTREGA	SI diagnostico figura en Anexo N°1, dispensa la receta por tiempo indicado en el mismo	TECNICO : FARMACIA DE EMERGENCIA
6	ENTREGA	Se retira con receta atendida	PACIENTE
7	OPERACION	NO figura diagnóstico en Anexo N° 1, dispensa la receta para tratamiento de dos días, comunica al Comité de Infecciones Intrahospitalarias	QUIMICO FARMACEUTICO, TECNICO : FARMACIA DE EMERGENCIA
8	OPERACION	Evalúa el caso para tratamientos mayor de 48 horas y genera Anexo N° 2 por duplicado	RESPONSABLE ASIGNADO CIH SEGUN R.D. N°109-DG-HS
9	OPERACION	Si receta no es aprobada, responsable del CIH ó Q.F encargado, coordina con el médico tratante, uso de medicamentos alternativos	RESPONSABLE DEL CIH-QUIMICO FARMACEUTICO- : FARMACIA DE EMERGENCIA
10	OPERACION	Médico tratante prescribe nueva receta	MEDICO DE CONSULTORIO EXTERNO
11	ENTREGA	Si receta es aprobada, se dispensa lo solicitado	TECNICO : FARMACIA DE EMERGENCIA
12	OPERACION	Una copia del Anexo N° 2 queda en la historia clínica y la otra copia en farmacia	RESPONSABLES ASIGNADOS CIH SEGUN R.D. N°109-DG-HS – QUIMICO FARMACEUTICO
13	ENTREGA	Notificará en el plazo máximo de 72 horas al Comité de Infecciones Intrahospitalarias, Comité Farmacoterapéutico o Jefatura de Farmacia, si hubiera una reacción adversa al antimicrobiano restringido en el reporte de sospecha de reacción adversa al medicamento (hoja amarilla) Anexo N°05	MEDICO /ENFERMERA DE CONSULTORIOS EXTERNOS

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MACRE-HND
"SAN BARTOLOME"

Dr. WILFRIDO INGAR ARMIJO
Presidente del Comité Farmacoterapéutico

14	OPERACIÓN	Auditoria de los diagnósticos consignados por el médico tratante que han sido pre-aprobados y no han requerido anexo 2.	RESPONSABLE ASIGNADO DEL CIH SEGUN R.D. N° 109-DG-HS QUIMICO FARMACEUTICO - DOSIS UNITARIA
----	-----------	---	--

(7) Estadísticas del número de veces que se ha ejecutado el procedimiento en cada mes, durante los últimos 12 meses (Se utiliza en forma opcional):

Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

(8) Indicar las Normas legales que regulan el procedimiento y adjuntar copias

Referencia	Fecha de Publicación	Breve descripción del Asunto
RM N° 062-2010/MINSA	26 de Enero del 2010	PETITORIO NACIONAL UNICO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES
R.D 109-DG-HONADOMANI-SB-2007	23 de Junio 2006	LISTADO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME
Ley N° 26842	20 de Julio 1997	Ley general de Salud
RM N° 540-2011/MINSA	12 de Julio 2011	Norma Técnica de Salud para la utilización de medicamentos no considerados en el Petitorio Nacional Unico de Medicamentos Esenciales que reemplaza a la Resolución Ministerial N° 645-2006/MINSA.
DS N° 018-2011-SA		Disposiciones para el control de calidad y el suministro de información sobre medicamentos.

(9) Anotaciones adicionales.

Firma de Director o Responsable

Fecha

F-ORG-06.1

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO
"SAN BARTOLOME"

97

Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso (1):
4. CONTROL DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS
4.3 USO RACIONAL DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y AFINES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2):	MANEJO ADECUADO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO EN CONSULTORIOS EXTERNOS	FECHA (3):	NOVIEMBRE 2011
		CÓDIGO (4):	CL.CF.001-MODIFICADO

PROPÓSITO (5)	Uso racional de los antimicrobianos de uso restringido con la finalidad de disminuir la resistencia bacteriana en el hospital.
ALCANCE (6)	De uso obligatorio en los consultorios externos, así como para los programas que incluyan en su petitorio los antimicrobianos de reserva
MARCO LEGAL (7)	R.M. N° 367-2005/MINSA; R.M. N° 677-2005/MINSA; R.M. N° 414-2005 / MINSA, R.D. 109-DG-HONADOMANI-SB, R.M. N° 062-2010/MINSA, DS N° 018-2011-SA, RM N° 540-2011/MINSA

INDICES DE PERFORMANCE (8)			
INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA (8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
% DE USO DE TIEMPO ADECUADO	PORCENTAJE	1. RECETA UNICA ESTANDARIZADA 2. FORMATO DE APROBACION DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO (ANEXO N° 2)	1. COMITE DE INFECCIONES INTRAHOSPIT. 2. COMITE FARMACOLOGICO 3. SERVICIO DE FARMACIA
% USO ADECUADO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO	PORCENTAJE	1. RECETA UNICA ESTANDARIZADA 2. FORMATO DE APROBACION DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO (ANEXO N° 2)	1. COMITE DE INFECCIONES INTRAHOSPIT. 2. COMITE FARMACOLOGICO 3. SERVICIO DE FARMACIA
N° DE CURSOS DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO PRESCRITO MENORES DE 48 HORAS	NUMERO	FORMATO DE APROBACION DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO (ANEXO N° 2)	1. COMITE DE INFECCIONES INTRAHOSPIT. 2. COMITE FARMACOLOGICO 3. SERVICIO DE FARMACIA
N° DE CURSOS DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO PRESCRITO MAYORES A 48 HORAS	NUMERO	FORMATO DE APROBACION DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO (ANEXO N° 2)	1. COMITE DE INFECCIONES INTRAHOSPIT. 2. COMITE FARMACOLOGICO 3. SERVICIO DE FARMACIA

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MAURICE-RODRIGUEZ
"SAN BARTOLOME"

[Handwritten signature]
10/11/2011

Nº DE NOTIFICACIONES EN HOJA AMARILLA REPORTADAS POR EL PERSONAL DE SALUD	NÚMERO	FORMATO DE REPORTE DE SUSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA AL MEDICAMENTO (HOJA AMARILLA) Anexo N°03	MEDICO PRESCRITOR ENFERMERA
---	--------	--	--------------------------------

NORMAS (9)

R.M. N° 062-2010/MINSA: PETITORIO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESENCIALES
RM N° 540-2011/MINSA: Norma Técnica de Salud para la utilización de medicamentos no considerados en el Petitorio Nacional Unico de Medicamentos Esenciales que reemplaza a la Resolución Ministerial N° 645-2006/MINSA.

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)

INICIO	Paciente solicita atención
MEDICO DE CONSULTORIO EXTERNO	Atención del paciente
MEDICO DE CONSULTORIO EXTERNO	Prescripción de receta
QUIMICO FARMACEUTICO TECNICO FARMACIA DE EMERGENCIA	Verificación y validación de receta según diagnósticos Pre-aprobados de antimicrobianos de uso restringido (+ Anexo N° 1)
TECNICO FARMACIA DE EMERGENCIA	Si diagnóstico figura en Anexo N°1, dispensa la receta por tiempo indicado.
PACIENTE	Se retira con receta atendida
QUIMICO FARMACEUTICO FARMACIA DE EMERGENCIA	NO figura diagnóstico en Anexo N°1, dispensa la receta para tratamiento de dos días, comunica al Comité de Infecciones Intrahospitalarias
RESPONSABLE ASIGNADO CHH SEGUN R.D. N°109-DG-HS	Evalúa el caso para tratamiento mayor de 48 horas y genera Anexo N° 2 por duplicado
RESPONSABLE DEL CIHH-QUIMICO FARMACEUTICO FARMACIA DE EMERGENCIA	Si receta no es aprobada, responsable del CIHH ó Q.F encargado, coordina con el médico tratante, uso de medicamentos alternativos
MEDICO DE CONSULTORIO EXTERNO	Médico tratante prescribe nueva receta
TECNICO FARMACIA DE EMERGENCIA	Si receta es aprobada, se dispensa lo solicitado
RESPONSABLES ASIGNADOS CHH SEGUN R.D. N°109-DG-HS - QUIMICO FARMACEUTICO FARMACIA DE EMERGENCIA	Una copia del Anexo N° 2 queda en la historia clínica y la otra copia en farmacia
MEDICO/ENFERMERA DE CONSULTORIO EXTERNO	Notificará en el plazo máximo de 72 horas al Comité de Infecciones Intrahospitalarias, Comité Farmacoterapéutico o Jefatura de Farmacia, si hubiera una reacción adversa al antimicrobiano restringido en el reporte de sospecha de reacción adversa al medicamento (hoja amarilla)

ENTRADAS (11)

NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA	CONSULTORIOS EXTERNOS	DIARIO	MANUAL

SALIDAS (12)

NOMBRE (12a)	DESTINO (12b)	FRECUENCIA (12c)	TIPO (12d)
FORMATO DE APROBACION DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO (ANEXO N° 2)	1.QUIMICO FARMACEUTICO-TEC. DE FARMACIA 2.FARMACIA DE EMERGENCIA 3.PACIENTE	DIARIO	MANUAL

MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE OCUPACIÓN TERAPÉUTICA
 SAN FORTICOMPA

9

VERONICA LUCAS SANCHEZ
 Jefe de Oficina Ejecutiva de Apoyo

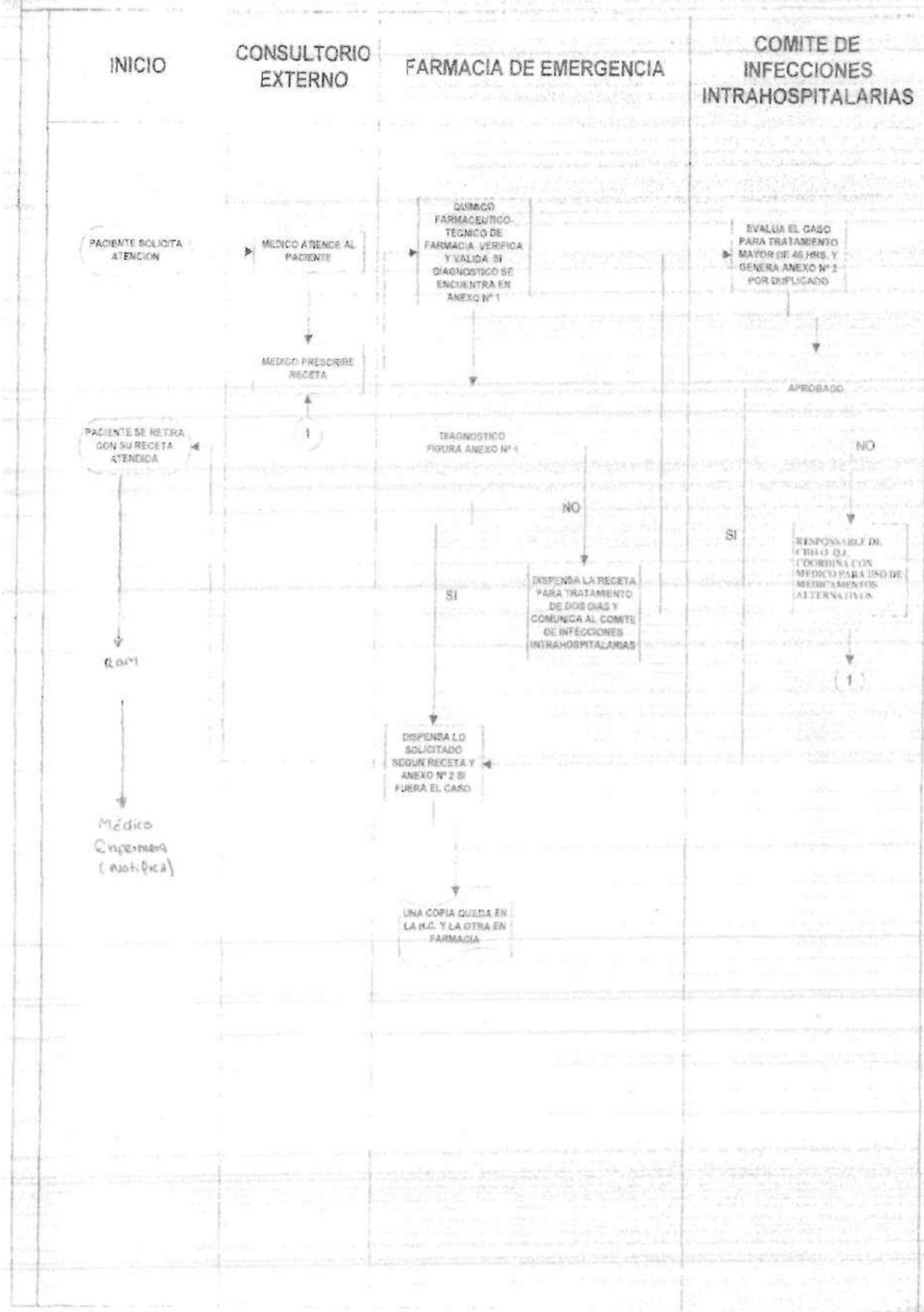
DEFINICIONES (13)	<p>Verificación de una receta: Acto de dar conformidad, respecto a la prescripción de la receta, la cual debe cumplir con los requisitos solicitados en la misma.</p> <p>Validación de una receta: Acto de confirmar, que, la indicación prescrita en la receta es el indicado para el antimicrobiano de uso restringido (Según el Anexo N°1)</p> <p>Comité de Infecciones Intrahospitalarias: encargado de normar y vigilar el uso racional de los antimicrobianos de uso restringido, con el objetivo de controlar la resistencia bacteriana en el hospital, a través de los responsables asignados con R.D.N° 109-HONADOMANI-SB</p> <p>Uso adecuado de antimicrobianos de uso restringido: está en relación a la indicación adecuada del médico, basado en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidad de germen aislado (Uso adecuado por sensibilidad) <p>Tiempo adecuado: de acuerdo a diagnóstico, excepciones evaluadas por Comité de Infecciones Intrahospitalarias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sepsis clínica con cultivos negativos en un plazo máximo 5 a 7 días (probable germen intrahospitalario) (Uso de tiempo adecuado) <p>Notificación de Sospecha de Reacción Adversa a Medicamentos(RAM): Informe de efectos inesperados a dosis normales administrados al paciente de antimicrobianos restringidos que se encuentran normados en esta Directiva</p> <p>Auditoria de los diagnósticos consignados por el médico tratante que han sido pre-aprobados y no han requerido anexo 2.</p>
REGISTROS (14)	<p>RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA</p> <p>Formato de Aprobación de Antimicrobianos de Uso Restringido (ANEXO N° 2)</p> <p>Indicaciones pre-aprobadas de Antimicrobianos de Uso Restringido (ANEXO N° 1)</p> <p>PETITORIO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESENCIALES</p> <p>Formato de Reporte de Sospecha de Reacciones Adversas al Medicamento (HOJA AMARILLA) Anexo N°03</p>
ANEXOS (15)	<p>ANEXO N° 1: Indicaciones pre-aprobadas de antimicrobianos de uso restringido</p> <p>ANEXO N° 2: Formato de aprobación de antimicrobianos de uso restringido.</p> <p>FLUJOGRAMA: Manejo Adecuado de Antimicrobianos de Uso Restringido en Consultorio Externo</p> <p>Formato de Reporte de Sospecha de Reacciones Adversas al Medicamento (HOJA AMARILLA) Anexo N°03</p>

F-ORG-10.0

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-INÑO
"SAN BARTOLOME"

Dr. PEDRO LUIS JIMENO
Presidente del Comité de Antimicrobianos

PROCEDIMIENTO DE MANEJO ADECUADO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO EN CONSULTORIOS EXTERNOS



ADMINISTRACION DE...
 DR. VILFREDO NICAR ARMijo
 Presidente del Comité Farmacoterapéutico

Anexo A – 6 (ANEXO N° 6)

Código N°	NOVIEMBRE 2011
-----------	-------------------

FICHA DE INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

(Código del Procedimiento)

(1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional)	COMITÉ DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS (CIHH) - COMITÉ FARMACOLOGICO	(2) Oficina /Dirección (de 3° nivel organizacional)	_____
--	--	---	-------

(3) Denominación del Procedimiento (Según inventario):	MANEJO ADECUADO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO EN SERVICIO DE EMERGENCIA
--	---

(4) Objetivo del Procedimiento:	Estandarizar y normar el Uso Racional de Antimicrobianos de Uso Restringido en el HONADOMANI San Bartolomé	(5) Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días meses)	20min
---------------------------------	--	--	-------

(6) SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO

N° Orden	ACTIVIDAD	TAREA	UNIDAD ORGÁNICA QUE EJECUTA LA TAREA
1	INICIO	Paciente solicita atención	INICIO
2	OPERACION	Atención del paciente	MEDICO DE EMERGENCIA
3	OPERACION	Prescripción de receta	MEDICO DE EMERGENCIA
4	OPERACION	Verificación y validación de receta según diagnósticos Pre-aprobados de antimicrobianos de uso restringido (Anexo N°1)	QUIMICO FARMACEUTICO TECNICO : FARMACIA DE EMERGENCIA
5	ENTREGA	Si diagnostico figura en Anexo N°1, dispensa la receta al paciente por tiempo indicado	TECNICO : FARMACIA DE EMERGENCIA
6	ENTREGA	Se retira con su receta atendida	PACIENTE
7	OPERACION	NO figura diagnóstico en Anexo N° 1, dispensa la receta para tratamiento de dos días máximo, comunica al CIHH para tratamientos mayores a 48horas	QUIMICO FARMACEUTICO-TECNICO : FARMACIA DE EMERGENCIA
8	OPERACION	Evalúa el caso para tratamiento mayor a 48 horas y genera Formato para uso de antimicrobianos de uso restringido (Anexo N° 2)	RESPONSABLE ASIGNADO SEGÚN R.D. N°109-DG-HS
9	ENTREGA	Una copia del Anexo N° 4, queda en la historia del paciente, y la otra copia se archiva en farmacia para la dispensación de futuras dosis del antimicrobiano de uso restringido	RESPONSABLE ASIGNADO SEGÚN R.D. N°109-DG-HS
10	ENTREGA	Notificará en el plazo máximo de 72 horas al Comité de Infecciones Intrahospitalarias, Comité Farmacoterapéutico o Jefatura de Farmacia, si hubiera una reacción adversa al antimicrobiano restringido en el reporte de sospecha de reacción adversa al medicamento (hoja amarilla) Anexo N° 03	MEDICO /ENFERMERA DE EMERGENCIA
11	OPERACIÓN	Auditoria de los diagnósticos consignados por el médico tratante que han sido pre-aprobados y no han requerido anexo 2.	RESPONSABLE ASIGNADO DEL CIHH SEGÚN R.D. N°109-DG-HS QUIMICO FARMACEUTICO - DOSIS UNITARIA

MINISTERIO DE SALUD
 NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO
 SAN BARTOLOME


 DIRECTOR GENERAL ARRIAZO
 Farmacoterapéutica

(7) Estadísticas del número de veces que se ha ejecutado el procedimiento en cada mes, durante los últimos 12 meses (Se utiliza en forma opcional)

Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

(8) Indicar las Normas legales que regulan el procedimiento y adjuntar copias

Referencia	Fecha de Publicación	Breve descripción del Asunto
RM N° 062-2010/MINSA	26 de Enero del 2010	PETITORIO NACIONAL UNICO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES
R.D 109-DG-HONADOMANI-SB-2007	23 de Junio 2006	LISTADO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME
Ley N° 26842	20 de Julio 1997	Ley general de Salud
RM N° 540-2011/MINSA	12 de Julio 2011	Norma Técnica de Salud para la utilización de medicamentos no considerados en el Petitorio Nacional Unico de edicamentos Esenciales que reemplaza a la Resolución Ministerial N° 645-2006/MINSA.
DS N° 018-2011-SA		Disposiciones para el control de calidad y el suministro de información sobre medicamentos.

(9) Anotaciones adicionales

Firma de Director o Responsable

Fecha

-ORG-06.1

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
"SAN BARTOLOME"

Dr. WILHELO INGAR ARRIJO
Presidente del Comité Ejecutivo

Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso (1):
4. CONTROL DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS
4.3 USO RACIONAL DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y AFINES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2):	MANEJO ADECUADO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA	FECHA (3):	NOVIEMBRE 2011
		CÓDIGO (4):	CI CF 001-MODIFICADO

PROPÓSITO (5)	Uso racional de los antimicrobianos de uso restringido con la finalidad de disminuir la resistencia bacteriana en el hospital.
ALCANCE (6)	De uso obligatorio en el Servicio de Emergencia
MARCO LEGAL (7)	R.M. N° 367-2005/MINSA; R.M. N° 677-2005/MINSA; R.M. N° 414-2005 / MINSA, R.D. 109-DG-HONADOMANI-SB, R.M. N° 062-2010/MINSA, DS N° 018-2011-SA. RM N° 540-2011/MINSA

INDICES DE PERFORMANCE (8)			
INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA (8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
% DE USO DE TIEMPO ADECUADO	PORCENTAJE	1. RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA 2. FORMATO DE APROBACION DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO (ANEXO N° 2)	1. COMITÉ DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS 2. COMITÉ FARMACOLÓGICO 3. SERVICIO DE FARMACIA
% USO ADECUADO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO	PORCENTAJE	1. RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA 2. FORMATO DE APROBACION DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO (ANEXO N° 2)	1. COMITÉ DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS 2. COMITÉ FARMACOLÓGICO 3. SERVICIO DE FARMACIA
N° DE CURSOS DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO PRESCRITO MENORES A 48 HORAS	NUMERO	FORMATO DE APROBACION DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO (ANEXO N° 2)	1. COMITÉ DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS 2. COMITÉ FARMACOLÓGICO 3. SERVICIO DE FARMACIA
N° DE CURSOS DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO PRESCRITO MAS DE 48 HORAS	NUMERO	FORMATO DE APROBACION DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO (ANEXO N° 2)	1. COMITÉ DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS 2. COMITÉ FARMACOLÓGICO 3. SERVICIO DE FARMACIA

N° DE NOTIFICACIONES EN HOJA AMARILLA REPORTADAS POR EL PERSONAL DE SALUD	NUMERO	FORMATO DE REPORTE DE SUSPECHA DE REACCION ADVERSA AL MEDICAMENTO (HOJA AMARILLA) ANEXO N°3	MEDICO PRESCRIPTOR, ENFERMERA
---	--------	---	-------------------------------

NORMAS (9)

R. M. N° 062-2010/MINSA: PETITORIO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESENCIALES
 RM N° 540-2011/MINSA: Norma Técnica de Salud para la utilización de medicamentos no considerados en el Petitorio Nacional Unico de Medicamentos Esenciales que reemplaza a la Resolución Ministerial N° 645-2006/MINSA.

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)

INICIO	Paciente solicita atención
MEDICO DE EMERGENCIA	Atención del paciente
MEDICO DE EMERGENCIA	Prescripción de receta
QUIMICO FARMACEUTICO-TECNICO FARMACIA DE EMERGENCIA	Verificación y validación de receta según diagnósticos. Pre-aprobados de antimicrobianos de uso restringido (Anexo N° 1)
TECNICO FARMACIA DE EMERGENCIA	SI diagnostico figura en Anexo N°1, dispensa la receta al paciente por tiempo indicado
PACIENTE	Se retira con su receta atendida
QUIMICO FARMACEUTICO-TECNICO FARMACIA DE EMERGENCIA	NO figura diagnóstico en Anexo N°1, dispensa la receta para tratamiento de dos días máximo, comunica al CIH para tratamientos mayores a 48horas
RESPONSABLE ASIGNADO SEGUN R.D. N°109-DG-HS	Evalúa el caso para tratamiento mayor a 48 horas y genera Formato para uso de antimicrobianos de uso restringido (Anexo N° 2)
RESPONSABLE ASIGNADO SEGUN R.D. N°109-DG-HS	Una copia del Anexo N° 2, queda en la historia del paciente, y la otra copia se archiva en farmacia para la dispensación de futuras dosis del antimicrobiano de uso restringido
MEDICO DE EMERGENCIA	Notificará en el plazo máximo de 72 horas al Comité de Infecciones Intrahospitalarias, Comité Farmacoterapéutico o Jefatura de Farmacia, si hubiera una reacción adversa al antimicrobiano restringido en el reporte de sospecha de reacción adversa al medicamento (hoja amarilla)

ENTRADAS (11)

NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
RECETA UNICA ESTANDARIZADA	EMERGENCIA	DIARIO	MANUAL

SALIDAS (12)

NOMBRE (12a)	DESTINO (12b)	FRECUENCIA (12c)	TIPO (12d)
1.FORMATO DE APROBACION DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO (ANEXO N° 4)	1.QUIMICO FARMACEUTICO-TEC DE FARMACIA	DIARIO	MANUAL
2.MEDICAMENTO	2.FARMACIA DE EMERGENCIA		
	3.PACIENTE		

MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL OCCIDENTE MAI-RE-ROSA
 "SAN P. TOLOME"

Dr. W. [Signature] HERRERA RAMILLO
 Presidente del Comité Farmacoterapéutico

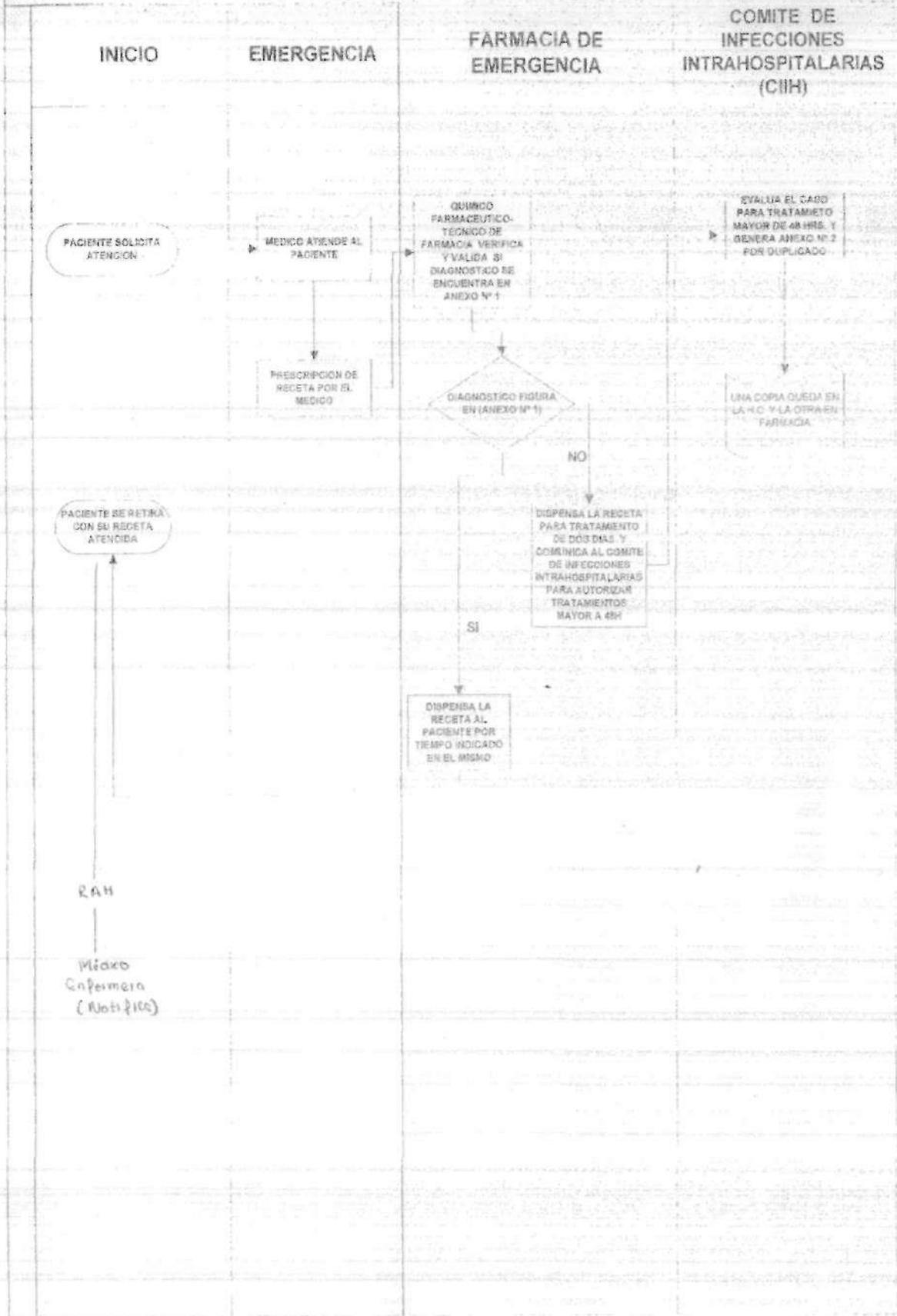
DEFINICIONES (13)	<p>Verificación de una receta: Acto de dar conformidad, respecto a la prescripción de la receta, la cual debe cumplir con los requisitos solicitados en la misma.</p> <p>Validación de una receta: Acto de confirmar, que, la indicación prescrita en la receta es el indicado para el antimicrobiano de uso restringido (Según el Anexo N°1)</p> <p>Comité de Infecciones Intrahospitalarias: encargado de normar y vigilar el uso racional de los antimicrobianos de uso restringido, con el objetivo de controlar la resistencia bacteriana en el hospital, a través de los responsables asignados por R.D. N° 109-DG-HONADOMANI-SB</p> <p>Uso adecuado de antimicrobianos de uso restringido: está en relación a la indicación adecuada del médico, basado en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidad de germen aislado (Uso adecuado por sensibilidad) <p>Tiempo adecuado: de acuerdo a diagnóstico, excepciones evaluadas por Comité de Infecciones Intrahospitalarias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sepsis clínica con cultivos negativos en un plazo máximo 5 a 7 días (probable germen intrahospitalario) (Uso de tiempo adecuado) <p>Notificación de Sospecha de Reacción Adversa a Medicamentos(RAM): Informe de efectos inesperados a dosis normales administrados al paciente de antimicrobianos restringidos que se encuentran normados en esta Directiva</p> <p>Auditoria de los diagnósticos consignados por el médico tratante que han sido pre-aprobados y no han requerido anexo 2.</p>
REGISTROS (14)	<p>RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA</p> <p>Formato de Aprobación de Antimicrobianos de Uso Restringido (ANEXO N° 2)</p> <p>Indicaciones pre-aprobadas de Antimicrobianos de Uso Restringido (ANEXO N° 1)</p> <p>PETITORIO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESENCIALES</p> <p>Formato de Reporte de Sospecha de Reacciones Adversas al Medicamento (HOJA AMARILLA) Anexo N°03</p>
ANEXOS (15)	<p>ANEXO N° 3: Indicaciones pre-aprobadas de antimicrobianos de uso restringido</p> <p>ANEXO N° 4: Formato de aprobación de antimicrobianos de uso restringido.</p> <p>FLUJOGRAMA: Manejo Adecuado de Antimicrobianos de Uso Restringido en Emergencia.</p> <p>Formato de Reporte de Sospecha de Reacciones Adversas al Medicamento (HOJA AMARILLA) Anexo N°03</p>

F-ORG-10.0

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-MIR
"SAN F. TOLOME"

Dr. VICENTE INCAR ARMIJO
Presidente del Comité Farmacoterapéutico

PROCEDIMIENTO DE MANEJO ADECUADO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO EN EMERGENCIA



RAH
 Médico
 Enfermera
 (Notificación)

HOSPITAL GENERAL DE LA FUERZA ARMADA
 "SAN CARLOS" - LIMA
 1029
 Presidente del Comité de Infecciones Hospitalarias

ACTA DE REUNION

Siendo las 12 30 pm, el día 14 de Diciembre 2011, se reunieron en la Jefatura de Farmacia, los miembros del Comité Farmacológico, para concurir con la evaluación de los Procedimientos de Manejo Adecuado de Antimicrobianos de Uso Restringido versión 02.

OBSERVACIONES:

1. Se ha finalizado con la revisión de los Procedimientos de Manejo Adecuado de Antimicrobianos de Uso Restringido version 02 donde se realizaron las modificaciones respectivas sugeridas por la Oficina de Gestión de la Calidad:
 - I. Título
 - II. Finalidad
 - III. Objetivo
 - iii-1 Objetivos Generales
 - iii-2 Objetivos Especificos
 - IV. Ambito de Aplicación
 - V. Base Legal
 - VI. Disposiciones Generales
 - VII. Disposiciones Especificas
 - VIII. Responsabilidad.
2. Agrega el Anexo N° 03 Hoja Amarilla
3. Asi mismo existen Anexo A-6(Anexo N°4) Pacientes Hospitalizados.
4. Asi mismo existen Anexo A-6(Anexo N°5) Pacientes Consultorio Externo.
5. Asi mismo existen Anexo A-6(Anexo N°6) Pacientes Emergencia
6. Anexo N°01 Relación de Antimicrobianos de Uso Restringido.
7. Anexo N°02 Formato de Aprobación de Antimicrobianos de Uso Restringido.

CONCLUSIONES:

1. Se solicita que se envíe la Sub-Dirección General para su aprobación para su respectiva Resolución Directorial, de acuerdo.

MINISTERIO DE SALUD
DINAGOMAN SAN BARTOLOMÉ

HUGO DELGADO BARRERA
Jefe del Depto. de Cirugía Pediátrica
C.M.P. 22336 R.N.E. 10378

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO
"SAN BARTOLOMÉ"

DR. FRANCISCO CAMPOS GUEVARA
Presidente del Comité Farmacoterapéutico

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO
"SAN BARTOLOMÉ"

D. F. ELVIRA LUIS TORRES
Secretaria del Comité Farmacoterapéutico

Hospital Nacional Docente Madre - Niño
"SAN BARTOLOMÉ"

Dr. Francisco Campos Guevara
Pediatria - Infectología
C.M.P. 23331 R.N.E. 14529

Dr. Francisco Campos Guevara
Médico Infectólogo
C.M.P. 23331

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO
"SAN BARTOLOMÉ"

Dr. JOY C. T. BOGADA TELLO
Médico Internista
C.M.P. 23711 R.N.E. 9788