



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé"

N° 267 -2023-DG-HONADOMANI-SB



# Resolución Directoral

Lima, 05 de Diciembre de 2023

## VISTO:

El expediente N° 14109-23, y;

## CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud dispone que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla vigilarla y promoverla;

Que, mediante el Texto Único ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General, establece en el artículo 61°, numeral 72.2. que, "Toda entidad es competente para realizar las tareas materiales internas necesarias para el eficiente cumplimiento de su misión y objetivo, así como para la distribución de las atribuciones que se encuentren comprendidas dentro de su competencia;

Que, asimismo, el literal a) del inciso 15.4 del artículo 15° de la Ley General de Salud, modificada por la Ley N° 29414 - "Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud", la misma que señala que, toda persona tiene derecho: "A otorgar su consentimiento informado libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de su salud";

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, se aprueba la Norma Técnica N° 139-MINSA/ 2018/DGAIN, "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", señala que, "4.2 Historia Clínica: 4.2.1 Las Atenciones de salud brindadas a los Usuarios de Salud en las IPRESS Públicas, Privadas y Mixtas deben Registrarse Obligatoriamente en una Historia Clínica";

Que, mediante Nota Informativa N° 005-2023-PROA-HONADOMANI-SB, el Coordinador Comité de PROA-HONADOMANI-SB comunica a la Dirección General que en el marco de las actividades y objetivos del programa de Optimización de Antimicrobianos (PROA), se encuentra el acompañamiento y evaluación del uso de Antimicrobianos restringidos, para lo cual se viene realizando actividades de sensibilización e importancia en el manejo optimizado, y señala que para cumplir con dicho objetivo nacional, el PROA propone el "Formato de Interconsulta para Evaluación del Uso de Antimicrobianos (ATM) Restringidos";

Que, con Nota Informativa N° 001-2023-PCHCL-HONADOMANI-SB, el Presidente del Comité Institucional de Historias clínicas comunica a la Directora General que, el Formato fue revisado y analizado por los integrantes del Comité Institucional de Historias Clínicas, con fecha 14 de noviembre de 2023, en la cual, se concluye y se aprueba el "Formato de Evaluación de Antimicrobianos (ATMs) de Uso Restringido" en nuestra institución, por lo que solicita la aprobación vía acto Resolutivo del "Formato de Evaluación de Antimicrobianos (ATMs) de Uso Restringido", para su implementación correspondiente.



HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"  
Documento Autenticado  
06 DIC. 2023  
M.C. WILLIAM A. FLORIAN PLASENCIA  
FEDATARIO  
Reg. N°

Que, mediante Nota Informativa N° 007 -2023-PROA-HONADOMANI-SB, el Coordinador del Comité de PROA-HONADOMANI-SB, pone de manifiesto a la Dirección General que, en base a las observaciones y sugerencias descritas en el Expediente N° 14109-23, hace llegar la versión final del "formato de Evaluación de Antimicrobianos (ATMs) de Uso Restringido"; en ese sentido, solicita derivar la presente a la Oficina de Gestión de la Calidad para su aprobación y posterior oficialización con resolución directoral correspondiente;



Que, mediante Nota Informativa N° 283-2023-OGC-HONADOMANI-SB, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad pone de conocimiento a la Directora General que su Jefatura emite opinión favorable a la aprobación del "Formato de Evaluación de Antimicrobianos (ATMs) de Uso Restringido", por contar con todos los criterios técnicos establecidos, para dar continuidad al proceso de aprobación vía Resolución Directoral;



Que, en consecuencia a través del Memorando N°735-2023-DG-HONADOMANI-SB, la Directora General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", pone de manifiesto a la Oficina de Asesoría Jurídica que, en atención al expediente N° 14109-23, mediante el cual el Presidente del Comité Institucional de Historias Clínicas, solicita la aprobación del "Formato de Evaluación de Antimicrobianos (ATMs) de Uso Restringido", Departamento de Pediatría del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";



Que, ante lo propuesto por el Coordinado Comité de PROA-HONADOMANI-SB y el Presidente del comité Institucional de Historias Clínicas y contando con la opinión favorable de la Dirección Adjunta y de la Oficina de Gestión de la Calidad; y teniendo en cuenta que los actos de administración interna se orientan a la eficacia y eficiencia de los servicios y a los fines permanentes de las entidades, y son emitidos por el órgano competente siendo su objeto física y jurídicamente posible, asimismo, debemos señalar que los actos administrativos deben expresar su respectivo objeto, de tal modo que pueda determinarse inequívocamente sus efectos jurídicos, en ese contexto resulta necesario emitir el acto resolutorio para aprobar el "Formato de Evaluación de Antimicrobianos (ATMs) de Uso Restringido" Departamento de Pediatría del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé",

Con la visación de la Dirección Adjunta, de la Jefa del Departamento de Pediatría, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

En uso de las facultades y atribuciones conferidas a la Directora General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Ministerial N° 862-2023/MINSA y la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

#### SE RESUELVE:

**Artículo Primero.- Aprobar el "Formato de Evaluación de Antimicrobianos (ATMs) de Uso Restringido"** Departamento de Pediatría del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", que consta de dos (02) folios que, debidamente visados forman parte integrante de la presente Resolución Directoral; por los fundamentos expuestos en su parte considerativa.

**Artículo Segundo.- Disponer** que el Coordinador del Comité de PROA-HONADOMANI-SB y el Presidente Institucional de Historias Clínicas, implemente la difusión y aplicación interna del "formato de Evaluación de Antimicrobianos (ATMs) de Uso restringido" Departamento de Pediatría del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé"

N° 267 -2023-DG-HONADOMANI-SB



# Resolución Directoral

Lima, 05 de Diciembre de 2023

**Artículo Tercero.- Disponer** que la Oficina de Estadística e Informática a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación de la presente resolución en el portal de la página web del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" ([www.sanbartolome.gob.pe](http://www.sanbartolome.gob.pe))

**Regístrese, Publíquese y Comuníquese,**



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
"SAN BARTOLOME"  
.....  
Mc. Rocio De Las Mercedes León Rodríguez  
DIRECTORA GENERAL  
GMP. 51203 RNE: 14142



RDLMLR/RDLMLR/JPGB/ASL/JCYO  
C.c.

- DA
- DP
- OGC
- OAJ
- Coord. Cmté de PROA
- Cmté Inst. de H.C
- OEI
- Archivo

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
"SAN BARTOLOME"  
Documento Autenticado  
06 DIC. 2023  
LIC. WILLIAM A. FLORIAN PLASENCIA  
FEDATARIO  
Reg. N° .....

# PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS (PROA)

## FORMATO DE

### "EVALUACION DE ANTIMICROBIANOS (ATMs) DE USO RESTRINGIDO"

N° \_\_\_\_\_

**I. SOLICITUD DE EVALUACION DE ATM**

H.C.:

CAMA:

NOMBRES Y APELLIDOS:

GENERO: M ( ) F ( )

TIPO DE ATENCIÓN:

SERVICIO

UCI Neo ( )

Cirugía Ped. ( )

Gineco Obst. \_\_\_\_\_ ( )

EDAD:

Ambulatorio ( )

UTIP ( )

Medicina Ped. ( )

Emergencia Adulto- ( )

PESO:

Hospitalizado ( )

Neonatología ( )

Emergencia Ped. ( )

UCI Mujer ( )

Creatinina:

Otro:

BREVE RESUMEN:

**MOTIVO DE EVALUACION:**

Profilaxis ( ) Sosp. RAM ( ) Falta de respuesta ATB ( )  
 Falta de respuesta Cambio de Vía: VO a IV ( ) Resultado  
 ATB ( ) IV a VO ( ) microbiológico ( )  
 Otros:

N°	DIAGNÓSTICO DESCRITO EN H.C.	CIE-10
1.		
2.		
3.		
4.		

Fecha de solicitud:        /        /        Hora:.....

.....  
Firma y sello del Farmacéutico PROA

**II. INFORME DE EVALUACION MEDICA**

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS:

EXÁMENES LAB.	Fecha	Código	Microorganismo	Sensible	Resistente
Urocultivo ( )					
Hemocultivo 1 ( )					
Hemocultivo 2 ( )					
Otro:					

N°	Nombre ATM (DCI)	Autorizado	Dosis	Frec.	Vía	Desde	Hasta	CIE-10
1		*NO SI						
2		*NO SI						
3		*NO SI						

\*NO autorizado por: (1) No infección, (2) Completó tratamiento, (3) Inadecuada cobertura, (4) Superposición de espectro, (5) Tratamiento empirico

OBSERVACIONES:

Fecha:        /        /

.....  
Hora: .....

.....  
Firma y sello del médico de PROA

.....  
Sello y firma médico del Servicio

.....  
Validación por Farmacia

# PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS (PROA)

## LISTADO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO

N°	ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO	N°	ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO
1	ACICLOVIR 250MG, INY	9	FLUCONAZOL 2MG/MLX50ML INY
2	AMFOTERICINA B 50MG INY	10	GANCICLOVIR 500MG INY
3	AMPICILINA sal sódica + SULBACTAM como sal sódica 1g+500 mg	11	IMIPENEN+CILASTATINA 500MG+500MG INY
4	CEFOTAXIMA 500MG INY	12	LINEZOLID 200MG/100MLX300ML INY.
5	CEFTAZIDIMA 1GR.AMP C/ DILUYENTE	13	MEROPENEN 500MG INY
6	CEFTRIAXONA SODICA 1G INY	14	METRONIDAZOL 500MG/100ML, INY
7	CIPROFLOXACINO 200mgx100ml INY	15	PIPERACILINA (sal sódica)+tazobactam (sal sódica) 4g+500 mg
8	COLISTINA 150MG/2ML INY 2ML	16	VANCOMICINA 500MG INY

Este formato se emite al inicio del tratamiento con cualquiera de estos antimicrobianos