



H O S P I T A L
Carlos Lanfranco La Hoz

N° 249-11/2023-DE-HC LLH / MINSA



Resolución Directoral

Puente Piedra, 23 de noviembre de 2023

VISTO:

El Expediente N°5788; que contiene el Informe N°080-09/2023-AEPI-UESA-HCLLH/MINSA, de fecha 30 de agosto de 2023; la Nota Informativa N°394-09/2023-UESA-HCLLH/MINSA, de fecha 12 de setiembre de 2023; el Proveído N°0010-2023-AMM-UGC-HCLLH/MINSA, de fecha 12 de octubre de 2023; la Nota Informativa N°868-10-2023-UGC-HCLLH/MINSA, de fecha 17 de octubre de 2023, y;

CONSIDERANDO:

Que, según la Ley N°26842, Ley General de Salud, el Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud de nivel nacional, que como organismo del Poder Ejecutivo, tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política de salud y actúa como la máxima autoridad normativa en materia de salud;

Que, la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, regula las actuaciones de la función administrativa del Estado y el procedimiento administrativo común desarrollados en las entidades;

Que, el Decreto Supremo N°004-2019-JUS, el cual aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, tiene por finalidad establecer el régimen jurídico aplicable para que la actuación de la Administración Pública sirva a la protección del interés general, garantizando los derechos e intereses de los administrados y con sujeción al ordenamiento constitucional y jurídico en general;

Que, la Ley N°29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, define y establece los principios, normas, criterios y exigencias básicas sobre los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios de uso en seres humanos, en concordancia con la Política Nacional de Salud y la Política Nacional de Medicamentos, las cuales deben ser consideradas por el Estado prioridades dentro del conjunto de políticas sociales que permitan un acceso oportuno, equitativo y con calidad a los servicios de salud;

Que, el Decreto Supremo N°016-2011-SA, tiene por objeto establecer las disposiciones



reglamentarias de la Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, Ley N°29459, regulando el registro, control y vigilancia sanitaria de estos productos, en concordancia con los lineamientos de la Política Nacional de Medicamentos;



Que, la Resolución Ministerial N°753-2004-SA/DM, aprueba la Norma Técnica N°020-MINSA/DGSP-V. 01: "NORMA TÉCNICA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS";

Que, la Resolución Ministerial N°179-2005/MINSA, aprueba la Norma Técnica N°026-MINSA/OGE-V. 01: "NORMA TÉCNICA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS";

Que, la Resolución Ministerial N°523-2007/MINSA, aprueba la "GUÍA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN INTERNA DE LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS";

Que, la Resolución Ministerial N°184-2009/MINSA, aprueba la "DIRECTIVA SANITARIA PARA LA SUPERVISIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS";

Que, la Resolución Ministerial N°540-2011/MINSA, aprueba la Norma Técnica de Salud N°091-MINSA/DIGEMID-V.01: "NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS NO CONSIDERADOS EN EL PETITORIO NACIONAL ÚNICO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES";

Que, la Resolución Ministerial N°399-2015/MINSA, aprueba el Documento Técnico: "PETITORIO NACIONAL ÚNICO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES PARA EL SECTOR SALUD";

Que, la Resolución Directoral N°044-03/2023-DE-HCLLH/MINSA, aprueba el "PLAN DE BIOSEGURIDAD HOSPITALARIA 2023 DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ";

Que, la Resolución Directoral N°117-05/2023-DE-HCLLH/MINSA, aprueba el "PLAN ANUAL DEL COMITÉ DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2023";

Que, la Resolución Directoral N°118-05/2023-DE-HCLLH/MINSA, aprueba el "PLAN ANUAL DE VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES ASOCIADO A LA ATENCIÓN EN SALUD DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ";

Que, la "DIRECTIVA SANITARIA PARA EL MANEJO ADECUADO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO Y FUERA DEL PETITORIO DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ", tiene por finalidad contribuir con la disminución de la resistencia antimicrobiana y el impacto en la gestión clínica hospitalaria y presentación de brotes de infecciones intrahospitalarias por gérmenes resistentes, generada como consecuencia del uso inadecuado de los mismos;

Que, la Directiva en mención, tiene por objetivo general el estandarizar el procedimiento para la prescripción, dispensación y administración de antimicrobianos de uso restringido o fuera de petitorio en pacientes hospitalizados con énfasis en los Servicios de Cuidados Críticos y emergencia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz;





H O S P I T A L
Carlos Lanfranco La Hoz

N° 249-11/2023-DE-HCLLH/MINSA



Resolución Directoral

Que, la referida Directiva, es de cumplimiento obligatorio en todos los Servicios de Hospitalización, el Servicio de Farmacia y la Unidad de Seguros del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz;



Que, mediante el Informe N°080-09/2023-AEPI-UESA-HCLLH/MINSA, de fecha 30 de agosto de 2023, el Equipo Técnico del Área de Epidemiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, remite a la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental, el Informe Técnico para la aprobación de la propuesta de la Directiva mencionada en líneas precedentes;



Que, a través de la Nota Informativa N°394-09/2023-UESA-HCLLH/MINSA, de fecha 12 de setiembre de 2023, el Jefe de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, solicita al Director Ejecutivo, la revisión y posterior aprobación de la precitada Directiva, con el objeto de prevenir y controlar la resistencia antimicrobiana y prevenir infecciones asociadas a la atención de salud de acuerdo a la normativa vigente, a fin de contribuir a la mejora de la calidad de atención en la institución;



Que, mediante el Proveído N°0010-2023-AMM-UGC-HCLLH/MINSA, de fecha 12 de octubre de 2023, el MC. Hairo A. Dediós Solís, brinda **opinión favorable** en todo su contenido del proyecto de la Directiva referida anteriormente;



Que, a través de la Nota Informativa N°868-10-2023-UGC-HCLLH/MINSA, de fecha 17 de octubre de 2023, el Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, solicita al Director Ejecutivo, la aprobación mediante Resolución Directoral de la Directiva citada;

Que, es prerrogativa del Titular del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, aprobar, constituir, modificar y reestructurar entes técnicos calificados para el mejor desarrollo de las actividades y el cumplimiento de los fines y objetivos institucionales propuestos;

Que, el artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, aprobado mediante Resolución Ministerial N°463-2010/MINSA, establece las atribuciones y responsabilidades del Director, entre las cuales se encuentra la de expedir actos resolutivos en asuntos que sean de su competencia;

Que, en consecuencia, por convenir a los intereses institucionales que permitan un mejor cumplimiento de los fines y objetivos de la institución, y la disminución de la resistencia antimicrobiana y el impacto en la gestión clínica hospitalaria y presentación de brotes de infecciones intrahospitalarias por gérmenes resistentes, generada como consecuencia del uso inadecuado de los mismos, resulta necesaria la aprobación de la "DIRECTIVA SANITARIA PARA EL MANEJO ADECUADO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO Y FUERA DEL PETITORIO DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ", mediante la emisión del correspondiente acto resolutivo;

Con la visación del Jefe de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental, del Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad, y del Asesor Legal de la Dirección Ejecutiva del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz;

Que, en uso de las facultades conferidas en el literal c) del artículo 8° del Reglamento de Organizaciones y Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, aprobado mediante resolución Ministerial N°463-2010-MINSA.

SE RESUELVE:

Artículo 1°. – **APROBAR** la "DIRECTIVA SANITARIA PARA EL MANEJO ADECUADO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO Y FUERA DEL PETITORIO DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ", la misma que como anexo forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°. – **DEJAR SIN EFECTO** todo acto administrativo que se oponga a la presente resolución.

Artículo 3°. – **ENCARGAR** a la Responsable del Portal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la publicación de la presente resolución en el Portal institucional.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y CÚMPLASE





MC. Jorge Fernando Ruiz Torres
CMP. 34237 RNE. 27694
DIRECTOR EJECUTIVO HCLLH

JFRT/DSRC

C.c.:

- Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental.
- Unidad de Gestión de la Calidad
- Asesoría Jurídica
- Responsable del Portal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Archivo

“Directiva Sanitaria para el Manejo Adecuado de Antimicrobianos de uso restringido y fuera de Petitorio”

1. FINALIDAD

Contribuir con la disminución de la resistencia antimicrobiana y el impacto en la gestión clínica hospitalaria y presentación de brotes de infecciones intrahospitalarias por gérmenes resistentes, generada como consecuencias del uso inadecuado de los mismos.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Estandarizar el procedimiento para la prescripción, dispensación y administración de antimicrobianos de uso restringido o fuera de petitorio en pacientes hospitalizados con énfasis en los Servicios de Cuidados Críticos y Emergencia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz (HCLLH).

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer la metodología para seleccionar la terapia antimicrobiana de uso restringido o fuera de petitorio más adecuada para el tratamiento de las principales infecciones en pacientes hospitalizados.
- Fortalecer las buenas prácticas de prescripción antimicrobiana en el ámbito del HCLLH.
- Establecer Mecanismos de validación y autorización para la dispensación de antibióticos de uso restringido y fuera del Petitorio en el HCLLH.
- Establecer un procedimiento de seguimiento en el uso de antibióticos de uso restringido y fuera del Petitorio en el HCLLH.

3. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente directiva es de cumplimiento obligatorio en todos los Servicios de Hospitalización del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, el Departamento de Farmacia y la Unidad de Seguros.



BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud
- Decreto Legislativo N° 1161 que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Ley N° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios y su modificatoria
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N° 010-2019-SA, aprueba el “Plan Multisectorial para enfrentar la Resistencia a los antimicrobianos 2019-2021 y crea la Comisión Multisectorial de naturaleza permanente, dependiente del Ministerio de Salud, cuyo objetivo es hacer el seguimiento del cumplimiento del Plan.

- Decreto Supremo N° 016-2011-SA, que aprueba el Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.
- R. M. N° 1240-2004-MINSA, que aprueba Política Nacional de medicamentos.
- R. M. N° 753-2004-SA/DM, que aprueba la NT N° 020-MINSA/DGSP V.01: Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.
- R. M. N° 179-2005 DGE/MINSA, que aprueba la NT N° 026-MINSA/OGE-V.01: Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias.
- R. M. N° 519 – 2006 / MINSA, que aprueba el documento técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- R. M. N° 463-2010-MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del HCLLH.
- R. M. N° 523-2007/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.
- R. M. N° 184-2009/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 012-MINSA/DGE.V.01: Directiva Sanitaria para la Supervisión del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias.
- R.M. N° 540-2011/MINSA que aprueba NTS N° 091-MINSA/DIGEMID-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Utilización de Medicamentos No considerados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales" y su modificatoria aprobada por R.M. N° 721-2016/MINSA.
- R. M. N° 399-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud.
- R. D. N° 044-03/2023-DE-HCLLH/MINSA, que aprueba el Plan de Bioseguridad Hospitalaria HCLLH.
- R. D. N° 117-05/2023-DE-HCLLH/MINSA, que actualiza el Comité de Prevención y control de Infecciones Intrahospitalarias, Manejo de Antibióticos y Bioseguridad.
- R.D. N° 118-05/2023-DE-HCLLH/MINSA, que aprueba el Plan Anual de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del HCLLH.
- R. D. N° 044-03/2023-DE-HCLLH/MINSA, que aprueba el Plan de Bioseguridad Hospitalaria HCLLH.

5. DISPOSICIONES GENERALES.

- 5.1 Los Departamentos y/o Servicios de la Institución al elaborar o actualizar las Guías de Práctica Clínica en las que señalen prescripciones de antimicrobianos de uso restringido o no incluidos en el petitorio, deberán ceñirse a lo dispuesto en la Guía para el uso de antimicrobianos de reserva y profilaxis quirúrgica.
- 5.2 El Departamento de Farmacia y la Unidad de Logística coordinarán el proceso de adquisición oportuna y adecuada (en cantidad continua a lo largo del año) de antimicrobianos de uso restringido o no incluido en el petitorio según el requerimiento emitido por Farmacia en coordinación con el Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud y Bioseguridad y el responsable del Programa de Optimización de antimicrobianos (PROA) de la Institución.
- 5.3 Se implementará la Vigilancia del Consumo de Antimicrobianos: El Departamento de Farmacia proporcionará los datos mensuales de consumo de antimicrobianos, el stock existente y las solicitudes de antimicrobianos de uso restringido o fuera de petitorio no atendidas por dicho departamento. La UESA, el Comité de prevención y control de



infecciones asociadas a la atención de salud y el Departamento de Farmacia elaborarán en forma trimestral los indicadores respectivos para su evaluación.

5.4 La Vigilancia y Manejo de la Resistencia antimicrobiana estará a cargo del Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud en coordinación con la Unidad de Epidemiología y salud Ambiental (UESA), y el Departamento de Medicina con la especialidad de Enfermedades Infecciosas y Tropicales (SEIT) y el Servicio de Microbiología (Departamento Patología Clínica) y estará a cargo de profesionales médicos especialistas (Enfermedades Infecciosas y Tropicales) responsables tanto del desarrollo de las actividades de vigilancia y su reporte (Interconsultas) y análisis de información con la Unidad de Epidemiología, el Servicio de Microbiología y el Departamento de Farmacia del HCLLH. (Ver Flujograma Anexo 01). Asimismo el Servicio de Microbiología remitirá a la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental, semanalmente, copia de los resultados positivos de los cultivos realizados en la institución.

5.5 Durante el proceso de implementación de la Vigilancia del Consumo de Antimicrobianos y Resistencia antimicrobiana:

5.5.1 El Comité de Prevención y Control de IAAS deberá elaborar la Guía de Uso de Antimicrobianos de Reserva y Profilaxis Quirúrgica del HCLLH.

5.5.2 El Comité de Prevención y Control de IAAS en coordinación con el Departamento de Medicina, especialidad de Enfermedades Infecciosas y Tropicales, la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental y el Departamento de Farmacia realizarán un estudio de evaluación del Uso de Antibióticos en el HCLLH (Diagnostico basal), el cual servirá como Línea de Base, para las evaluaciones posteriores a la implementación de la presente Directiva.

5.5.3 El Comité de Prevención y Control de IAAS, en coordinación con el Servicio de Microbiología del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica del HCLLH, deberá remitir a la Dirección Adjunta los perfiles de resistencia antimicrobiana comunitaria y del IAAS de manera anual (Mapa Microbiológico).

5.5.4 La UESA realizará un reporte anual de los gérmenes MDR en IAAS.

5.5.5 Para la determinación de los Antimicrobianos restringidos o de reserva, se tomó en cuenta lo establecido en el numeral 6.1 **Disposiciones Específicas**, de la **Norma Técnica de Salud para la utilización de medicamentos no considerados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales** (PNUME).

5.6 Se implementará un cronograma trimestral de difusión y actualización en uso prudente de antimicrobianos dirigido a los prescriptores de la institución.

5.7 La adquisición de los antimicrobianos fuera del petitorio nacional se realizará de acuerdo a la N.T. N° 091- MINSA/DIGEMID- V.01 "Norma Técnica de Salud para la Utilización de Medicamentos No considerados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos.

6. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.

6.1. DE LA VIGILANCIA DE USO ADECUADO DE ANTIMICROBIANOS.

6.1.1 Los antimicrobianos que deben requerir una autorización para su uso y los cuales serán considerados como de reserva y de uso restringido en nuestro hospital son:



Denominación Común Internacional (DCI):	Concentración (en miligramos):	Vía de Administración:
1. Ampicilina / Sulbactan	1500	Parenteral
2. Ceftriaxona	1000	Parenteral
3. Colistina	150	Parenteral
4. Imipenen / cilastatina	500/500	Parenteral
5. Meropenem	500	Parenteral
6. Ertapenem	1000	Parenteral
7. Vancomicina	500	Parenteral
8. Ciprofloxacino	200	Parenteral
9. Ceftazidima	1000	Parenteral
10. Piperacilina/tazobactan	4500	Parenteral
11. Anfotericina	50	Parenteral

6.1.2 Los antibióticos prescritos, la dosis y el tiempo de duración de estos estarán basados en la información contenida en la Guía de Uso de Antimicrobianos de Reserva y Profilaxis Quirúrgica del HCLLH, siendo la responsabilidad del médico tratante, a no ser que se trate de un antibiótico de reserva o fuera de petitorio, en tal caso se deberá seguir lo señalado por el médico especialista en enfermedades infecciosas y tropicales responsable para dicho fin.

6.2 DEL USO DE ANTIBIOTICOS RESTRINGIDOS O DE RESERVA Y LOS FUERA DE PETITORIO.

6.2.1 Manejo Adecuado en Hospitalización, Emergencia y UCI en horario regular.

Secuencia del procedimiento:

Nº orden	ACTIVIDAD	TAREA	UNIDAD ORGANICA QUE EJECUTA LA TAREA
1	INICIO	Visita médica evaluación del paciente	Médico tratante
2	OPERACION	Elaboración de interconsulta por uso de antibióticos	Médico tratante
3	OPERACION	Medico Infectólogo hace recepción interconsulta evalúa al paciente e historia clínica y llena el FAAR según sea el caso (autorizando, cambiando o suspendiendo la terapia antimicrobiana)	Medico Infectólogo
5	OPERACION	Médico tratante recibe interconsulta y el FAAR con las indicaciones de Infectólogo	Médico tratante
6	OPERACION	Médico realiza receta de Antimicrobianos con la dosis total (3,5, 7 o 14 días).	Médico tratante
7	OPERACION	La receta es llevada junto con el FAAR a farmacia. La copia amarilla del FAAR más la receta diaria.	Técnico del Servicio
8	OPERACION	Verificación y validación de receta y FAAR según indicaciones de Infectólogo	Químico Farmacéutico
9	ENTREGA	Paciente recibe medicamento dispensado	Químico Farmacéutico
10	OPERACION	Si receta FAAR no es aprobada, se coordina con el médico tratante, uso de medicamentos alternativos. Si el caso lo amerita, se puede llevar a cabo una discusión clínica con propósitos de consenso.	Médico tratante, Médico Infectólogo y CIH (Comité de Infecciones Intrahospitalarias)
11	OPERACION	Una copia del anexo 3 del FAAR queda en la historia clínica, otra copia se archiva en farmacia, para la dispensación del antimicrobiano en los días siguientes y la otra es archivada por el CIH	Responsable del manejo de HC, Responsable CIH y Farmacia.
12	OPERACION	Reevaluación del caso a los 3, 7 y 14 días para posibilidad de Terapia Secuencial Antibiótica y/o a solicitud del médico tratante.	Medico Infectólogo



6.2.2 Manejo adecuado en Hospitalización, emergencia y UCI fuera de horario regular, domingos y feriados

Secuencia de procedimiento:

Nº orden	ACTIVIDAD	TAREA	UNIDAD ORGANICA QUE EJECUTA LA TAREA
1	INICIO	Visita médica inicial de evaluación del paciente	Médico tratante
2	OPERACION	Llenado del FAAR y prescripción de receta por 24h o los días que dure los feriados o festivos	Médico tratante
3	RECEPCION	Recepción de la receta y el FAAR	Farmacia de emergencia y áreas críticas
4	OPERACION	Verificación y validación de receta y FAAR; este último se quedará en farmacia de emergencia hasta el día siguiente o hasta el primer día hábil luego de festivos.	Farmacia de emergencia y UCI
5	ENTREGA	Paciente recibe medicamento dispensado con las dosis por 24h o por los días que duren los festivos	Farmacia de emergencia y UCI
6	OPERACION	Medico Infectólogo recoge el FAAR de farmacia de emergencia y procede con las evaluaciones para regularizar los tratamientos instaurados día(s) previo(s)	Medico Infectólogo
7	OPERACION	Los pasos siguientes se realizan de acuerdo con el anexo1 y/o secuencia de procedimiento en hospitalización horario regular 6.2.1	

(*)FAAR: Formulario de Autorización de Antibióticos Restringidos.



- 6.2.3. Para la adquisición de los antimicrobianos de uso restringido y los que están fuera del Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales, el Comité de Prevención y Control de Infecciones AAS realizara el requerimiento anual al Departamento de Farmacia, el cual realizara las gestiones pertinentes para su adquisición.
- 6.2.4. Para la autorización del uso de antimicrobianos de Reserva y/o fuera de Petitorio, se deberá usar a nivel asistencial el **Formulario de Autorización para Antimicrobianos de Reserva (FAAR)**, desarrollado y aprobado por el Comité de Control de Infecciones Intrahospitalarias (ANEXO 02).
- 6.2.5. El proceso de solicitud se inicia con la elaboración de una interconsulta dirigida al servicio de Infectología con el tenor de uso de antibióticos restringidos.
- 6.2.6. A continuación, la interconsulta es entregada al médico Infectólogo del Servicio de Enfermedades Infecciosas, quien evalúa al paciente y en base a los datos clínicos y microbiológicos decide el uso, modificación o suspensión de la terapia. Asimismo, en ese momento se realiza el llenado del FAAR.
- 6.2.7. Luego de la atención al paciente, el **FAAR** es desglosado por el medico infectólogo y se brinda una copia para registro en la historia clínica, una copia para la dispensación por el Departamento de Farmacia y una copia para el registro del Comité de Prevención y Control de Infecciones AAS.
- 6.2.8. Para que el Departamento de Farmacia del Hospital Dos de Mayo, pueda dispensar antibióticos de uso restringido o de reserva o fuera de petitorio, tanto a usuarios no asegurados, como a aquellos que tienen cobertura por el Sistema Integral de Salud (SIS), las recetas deberán estar acompañadas del **FAAR**, llenadas, firmadas y selladas por el médico autorizado para dicha actividad.

- 6.2.9. La decisión de uso es entera responsabilidad del médico Infectólogo del SEIT y/o CIAAS, por tanto, la dispensación en el Departamento de Farmacia debe realizarse en base al **FAAR**.
- 6.2.10. El Departamento de Farmacia deberá dispensar los antimicrobianos autorizados a los pacientes por el tiempo indicado y su dispensación se realizará diariamente sin la necesidad de un **FAAR** diario.
- 6.2.11. En caso de necesidad de inicio de terapia urgente, en días feriados o fuera de turno regular del servicio de Infectología, el Médico tratante podrá autorizar el uso de antimicrobianos de uso restringido o fuera de petitorio por un periodo correspondiente a la duración de los feriados, fin de semana o turno noche; posteriormente el primer día útil el médico Infectólogo del comité evaluará su continuación o modificación.
- 6.2.12. Para ampliar el tiempo de tratamiento o rotar el tratamiento antibiótico indicado es necesario una nueva autorización.
- 6.2.13. Se realizará el seguimiento del paciente los días 0, 3, 7 y 14 de iniciado el tratamiento y al final del esquema (lo que se presente primero), en caso de prescribir un segundo curso antimicrobiano se realizará el control de seguimiento los días 0, 7, 14, 21 y 28 después de la indicación.

6.3 DE LA VIGILANCIA DEL USO ADECUADO DE ANTIBIOTICOS

- 6.3.1 Las diferentes farmacias del Hospital contarán con stock de FAAR y los distribuirán para los casos especiales según la necesidad de los médicos de cada Servicio.
- 6.3.2 Farmacia vigilará el cumplimiento de los procesos de dispensación de acuerdo a lo establecido en la presente Directiva y siempre con la autorización del Médico Infectólogo y el llenado del FAAR, en caso se identifique a algún paciente tiene un antibiótico restringido y no esté debidamente justificado, deberá entregar el FAAR al médico tratante para su llenado.
- 6.3.3 Farmacia archivará los FAAR a partir de los cuales elaborará los reportes trimestrales de consumo de antibióticos.
- 6.3.4 Las diferentes farmacias especializadas de la Institución contarán con el stock de seguridad de antimicrobianos de uso restringido o fuera de petitorio necesario para cubrir la demanda de los pacientes hospitalizados.
- 6.3.5 El Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud en coordinación con el Departamento de Farmacia y los especialistas en Enfermedades Infecciosas y tropicales emitirá un informe anual a la Dirección General del Hospital respecto a la utilización de los antimicrobianos, de acuerdo a su uso por Departamentos (Medicina, Cirugía, Ginecología, Pediatría, Emergencia y Cuidados Críticos) y por unidad de tiempo (Dosis Diaria Definida).



6.4 DE LA RELACION CON LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE GERMENES MULTIRESISTENTE

6.4.1 Vigilancia pasiva

- a. Basada en los resultados de cultivos positivos remitidos por el Servicio de Microbiología hacia el Comité de Prevención y Control de IAAS.
- b. El proceso consta de la notificación directa desde el Departamento de Patología Clínica hacia el sistema de vigilancia epidemiológica, con posterior evaluación por el personal de epidemiología y médico Infectólogo del Comité de Prevención y Control de IAAS.
- c. La evaluación de los resultados individuales pasan a formar parte de los datos incluidos en el mapa microbiológico hospitalario.

6.4.2 Vigilancia activa

- El sistema de Vigilancia Epidemiológica Activa (VEA) mantiene una búsqueda permanente en lo referente a los casos de infecciones nosocomiales y en casos de notificación obligatoria al 100% de los pacientes hospitalizados.
- Luego de la identificación de un caso probable, este es evaluado para su confirmación derivado al médico Infectólogo del Comité de Prevención y Control de IAAS para su evaluación.

- Los casos evaluados pasan a formar parte de los datos incluidos en el Mapa Microbiológico hospitalario.

6.4.3 Seguimiento

Todo paciente en quien se ha identificado un resultado positivo de cultivo con un germen que requiera uso de antimicrobianos de reserva o fuera de petitorio, será registrado en un formato de seguimiento, donde se establecerá si se le indico la terapia antimicrobiana adecuada o no y el tipo, forma de administración, dosis y tiempo de duración de esta.

6.5 DE LA CAPACITACION

- 6.5.1 El Comité de Prevención y Control de Infecciones IAAS designará a un responsable para el diseño, implementación, ejecución y evaluación del Plan de Capacitación continua en Uso Adecuado de Antimicrobianos dirigidos a los prescriptores y a los que preparan y administran antibióticos en la Institución.
- 6.5.2 Se establecerá que cada prescriptor del Hospital cumpla con la certificación en Uso Adecuado de Antimicrobianos, cada dos años a fin de mantener un buen perfil profesional.
- 6.5.3 Se consideran prescriptores para los fines de la capacitación en Uso Adecuado de Antimicrobianos a Médicos Asistentes, Médicos Residentes, Internos de medicina y a los que preparan y administran los antibióticos a los licenciados(as) de enfermería.
- 6.5.4 Como parte de la capacitación se realizará retroalimentación basada en el Mapa Microbiológico Hospitalario a fin de sensibilizar a los participantes.

7. RESPONSABILIDADES

- 7.1 La Dirección Ejecutiva del HCLLH dispondrá lo necesario para el cumplimiento de la presente Directiva en la Institución.
- 7.2 Los Jefes de Departamento y Servicio son responsables de supervisar el cumplimiento de la presente Directiva en sus respectivos servicios.
- 7.3 Los Médicos Asistentes y Residentes de los servicios asistenciales son responsables de cumplir con los procedimientos de prescripción de antibióticos de uso restringidos o fuera de petitorio de sus pacientes.
- 7.4 El Departamento de Farmacia es la responsable de la existencia de stock de seguridad y la dispensación adecuada de los antimicrobianos de uso restringido o fuera de petitorio y del registro y monitoreo del uso de antibióticos en pacientes hospitalizados por ende de la información requerida con relación al consumo y disponibilidad.
- 7.5 El Comité de Prevención y Control de IAAS es responsable de monitorizar el cumplimiento de las actividades de la presente Directiva.

8. DISPOSICIONES FINALES

- a) La presente Directiva entrara en vigencia al día siguiente a su aprobación con Resolución Directoral, debiendo ser revisada y actualizada cada dos años por el Comité de Prevención y Control de IAAS del Hospital.
- b) La presente Directiva será implementada en tres etapas: Inicialmente Antibióticos de uso restringido o fuera de petitorio en Cuidados Intensivos, en la segunda etapa se ampliará a Emergencia y la tercera etapa a las salas de Hospitalización.
- c) Los aspectos no contemplados en la presente Directiva con relación al uso de antimicrobianos de uso restringido o fuera de petitorio, serán absueltos por el Comité de Prevención y Control de IAAS.



9. ANEXOS

ANEXO N° 1: FLUJOGRAMA
 ATENCIÓN Y AUTORIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO



